

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1917

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L.-J. Ed. AUJAY de la DURE

Né à Prémilhat (Allier), le 24 septembre 1887

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance Publique,

Médecin auxiliaire au Parc d'Artillerie de la 26^e division
d'Infanterie (16^e Régiment d'Artillerie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRÉCISSEMENTS VALVULAIRES

CONGÉNITAUX

DU RECTUM CHEZ L'ADULTE

Président : M. LEGUEU, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1917

60

80

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1917

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L.-J. Ed. AUJAY de la DURE

Né à Prémilhat (Allier), le 24 septembre 1887

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance Publique,

Médecin auxiliaire au Parc d'Artillerie de la 26^e division
d'Infanterie (16^e Régiment d'Artillerie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRÉCISSEMENTS VALVULAIRES

CONGÉNITAUX

DU RECTUM CHEZ L'ADULTE



Président : M. LEGUEU , Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1917

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie générale.		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		TEISSIER
Anatomie pathologique.		LEJARS
Histologie.		LETULLE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		N.
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale.		LANDOUZY
		GILBERT
		CHAUFFARD
		HUTINEL
Maladies des enfants.		N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.		PIERRE DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale.		HARTMANN
		N.
Clinique ophthalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements.		COUVELAIRE
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.		MARFAN.

Agrégés en exercice

M M.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE, DE MA MÈRE,
DE MES GRANDS PARENTS.

A LA MÉMOIRE

DE MON BEAU-FRÈRE LÉON D'HORRER

Capitaine au 305^e d'infanterie,
Cité à l'ordre du Corps d'Armée,
Tombé au champ d'honneur le 28 février 1916, à 30 ans.

DE MON COUSIN LOUIS AUJAY DE LA DURE

Docteur en Droit,
Lieutenant au 107^e d'infanterie, Chevalier de la Légion d'Honneur,
Cité à l'ordre de l'Armée,
Tombé au champ d'honneur le 28 août 1914, à 29 ans.

A MON ONCLE, le Docteur HENRI DE LA DURE

Médecin-chef de l'hôpital mixte de Montluçon,
Médecin Major de 2^e classe.

A MA SŒUR, A MES NEVEUX, A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES (1914-1917)

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

CHAPITRE I

PRÉAMBULE

Au cours de nos études médicales, notre attention a été attirée, dans le service du regretté Professeur Reclus, par un malade dont l'observation nous a montré que les rétrécissements congénitaux du rectum, chez l'adulte, sont susceptibles de déterminer des accidents inflammatoires qui peuvent acquérir une importance considérable, masquer la lésion initiale au point de pouvoir la faire complètement méconnaître, et donner lieu, comme corollaire, à de graves erreurs de diagnostic et de traitement.

Frappés par ce fait, nous fûmes surpris de constater le peu d'importance que les auteurs, même les plus récents, attribuent à l'étude de ces rétrécissements. Sans doute chacun d'eux consacre un plus ou moins long chapitre à la pathogénie de l'affection; mais dès que l'on arrive à la description clinique et à la thérapeutique, l'auteur s'arrête brusquement et ne donne plus aucun détail permettant de reconnaître avec sûreté la lésion et de la traiter convenablement : l'esprit, d'abord mis en éveil et intéressé par une pathogénie assez curieuse, se trouve en fin de compte désappointé par l'absence de toute conclusion pratique. Plus grand

encore a été notre étonnement quand, en ouvrant certains ouvrages où cependant nous pensions devoir trouver matière à satisfaire notre curiosité, nous nous sommes rendu compte que le sujet qui nous occupe était complètement passé sous silence. Aussi nous a-t-il paru intéressant de consacrer notre thèse à l'étude de cette question.

Certes, nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude d'ensemble des rétrécissements congénitaux du rectum : cette étude nous entraînerait trop loin et resterait forcément très incomplète. Nous laisserons presque entièrement de côté les rétrécissements dits « cylindriques » ou « parenchymateux », d'ailleurs très rares, et nous nous occuperons pour ainsi dire exclusivement des rétrécissements à forme « valvulaire ».

Le premier chapitre, historique, nous montrera à travers quelles vicissitudes le rétrécissement congénital du rectum a dû passer pour arriver à être admis dans le cadre nosologique. Les notions nécessaires de pathogénie trouveront leur place en second lieu, sans nécessiter un développement excessif, puisque c'est la partie la mieux étudiée dans les livres classiques. Nous nous attacherons par contre à détailler ensuite particulièrement quelques points de l'anatomie pathologique de ces sténoses, à préciser leur étude clinique, à montrer l'importance des lésions inflammatoires qui peuvent les accompagner et les erreurs de diagnostic qu'elles sont susceptibles de causer. Nous insisterons enfin sur le bon résultat que pourra presque toujours nous donner un traitement simple et sans danger.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Tous les auteurs s'accordent pour faire remonter au mémoire de A. Bérard et Maslieurat-Lagémard, paru dans la *Gazette Médicale de Paris* du 9 mars 1839 sous le titre « Mémoires et observations sur les Rétrécissements organiques du Rectum », l'historique des sténoses congénitales de cet organe. Jusqu'à cette époque, en effet, les pathologistes ignoraient complètement, non seulement les rétrécissements rectaux d'origine congénitale, mais encore le fait purement anatomique de l'existence de rétrécissements valvulaires. Ces deux auteurs signalèrent les premiers cette forme anatomique particulière, et ils en rapportent plusieurs observations au cours de leur travail; mais, s'ils ont eu le mérite de prononcer avant quiconque le mot de « rétrécissements valvulaires », ils ne soupçonnèrent en aucune façon leur origine congénitale et ils ne cherchèrent pas à en faire une entité distincte, sinon morphologiquement, des autres rétrécissements du rectum, jusque là considérés, en dehors du néoplasme, comme ressortissant de façon à peu près exclusive au « mal vénérien » (Gosselin).

C'est à l'Ecole de Montpellier qu'il faudrait plutôt attribuer l'origine véritable de la question qui nous occupe : ce sont ses disciples qui, quelques années plus tard, eurent les premiers l'idée de séparer des autres rétrécissements du rectum ceux d'origine congénitale.

Le point de départ initial peut se retrouver dans le don que fit au musée de Montpellier Dubreuil, professeur à la Faculté de cette ville, de deux pièces anatomo-pathologiques de rétrécissements valvulaires observés chez de jeunes sujets : ce fut Dubreuil qui ébaucha la scission. S'il crut en effet trouver dans un développement excessif des valvules décrites par Houston et Krause la source des lésions qu'il avait découvertes, du moins envisagea-t-il le premier la congénitalité possible de cette anomalie : « J'ai la conviction, dit-il, que ces replis sont fréquemment par leur développement exagéré, soit congénital, soit accidentel, un obstacle à la régularité des fonctions ».

Benoît, Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, qui avait pu étudier sur place les pièces de Dubreuil, continua un peu plus tard l'étude de la question. Son mémoire de 1846, paru dans le *Journal de Médecine de Montpellier*, sur une « Nouvelle méthode pour la cure des Rétrécissements de l'intestin Rectum », complété en 1847 par deux articles insérés le premier dans le même journal, le second dans la *Gazette Médicale de Paris*, envisage surtout, il est vrai, le sujet au point de vue thérapeutique ; mais il est intéressant néanmoins par les nombreuses observations dont il est étayé ; et nous y voyons que, sans abandonner, non plus que

Dubreuil, le rôle possible des valvules rectales, il précise que « quelquefois cette disposition morbide est un « vice congénital qui accuse dans certains cas une « déviation de la loi de formation ».

Quatre ans plus tard, en 1851, Bouisson, de Montpellier, publiait sa thèse de concours sur *Les Vices de conformation de l'Anus et du Rectum*. Il y consacre aux rétrécissements valvulaires congénitaux une part importante et signale les formes diverses qu'ils peuvent revêtir. La pathogénie est encore quelque peu obscure et les valvules rectales, au moins dans certains cas, interviennent encore; mais du moins Bouisson ne doute-t-il plus de l'origine congénitale constante de ces anomalies et se rend-il compte avec une très grande justesse des progrès de leur évolution. « On ne soupçonne, « écrit-il, l'existence de ces dispositions anormales chez « les nouveau-nés que lorsqu'elles opèrent un cloisonnement considérable du rectum. Leur développement « en effet n'est pas toujours à son maximum pendant « la vie fœtale. Les irritations de diverse nature qui « peuvent les atteindre après la naissance exagèrent « leur volume, les hypertrophient, dénaturent ou transforment leur tissu, les convertissent en obstacles qui « occasionnent une constipation opiniâtre, laquelle peut « devenir insurmontable. J'ai observé un cas de rétrécissement valvulaire considérable sur une femme que « je guéris par l'incision complète de la valvule ». Cette femme avait 40 ans et son observation se trouvera rapportée à la fin de ce travail.

Cette heureuse progression d'une question à l'ordre

du jour se trouve interrompue en 1852 par une note rétrograde. A la suite d'une communication à la *Société Anatomique*, où il présentait un cas de rétrécissement consécutif à une inflammation péri-utérine, Broca, par généralisation, n'hésitait pas à conclure : « que tous les rétrécissements valvulaires se produisent probablement par un mécanisme semblable ou analogue ».

A partir de cette époque et pendant une vingtaine d'années, les travaux s'espacent et la bibliographie reste pauvre sur les rétrécissements congénitaux.

Trélat et Giraldès les décrivent cependant au milieu des Vices de conformation de l'Anus et du Rectum, et Nélaton, dans le tome V de ses *Eléments de Pathologie Chirurgicale* leur consacre un aperçu assez juste :

« Il est une autre espèce de rétrécissement du rectum, « écrit-il, qui se présente avec des caractères tout particuliers, ce sont les oblitérations décrites sous le « nom de « rétrécissements valvulaires ». Ce mode d'oblitération du rectum diffère essentiellement quant à son « origine de celui que nous venons d'étudier (cas de « rétrécissements ano-rectaux filiformes de Roenhuyssen « et de Séraud). Ce n'est plus en effet une occlusion par « rétrécissement de toutes les tuniques du rectum, mais « bien par des brides plus ou moins complètes qui mettent obstacle aux fonctions de l'appareil de la défécation. Le plus souvent ces cloisons sont constituées « par un repli de la membrane muqueuse et se présentent sous l'apparence d'une espèce de diaphragme « percé à son centre d'une ouverture plus ou moins « large; quelquefois c'est un croissant à concavité

« dirigée en avant ou en arrière ou latéralement, laissant
« entre son bord libre et la surface interne du rectum
« un espace dont la largeur varie avec l'état de disten-
« sion ou d'affaissement de l'intestin. Ces valvules ne
« causent en général qu'une gêne assez légère lors-
« qu'elles sont peu développées; aussi passent-elles
« souvent inaperçues au moment de la naissance; mais
« plus tard, par le fait, non seulement de la plus grande
« consistance des matières, mais encore du développe-
« ment qu'elles peuvent acquérir, elles peuvent être
« cause de rétention des matières fécales. J'en ai observé
« un cas chez l'adulte. Elle était passée inaperçue pen-
« dant quarante ans. » Ces lésions, dit en terminant
Nélaton, paraissent reconnaître comme origine « un arrêt
de développement ».

Cet aperçu ne semble cependant pas avoir emporté la conviction de M. Le Dentu. Dans la *Gazette des Hôpitaux* des 2 et 4 novembre 1875, Dussaussy publiait en effet une leçon de ce clinicien ayant trait aux rétrécissements du rectum et dont faisait l'objet une femme de 29 ans dont le cas paraît constituer une observation caractérisée de rétrécissement valvulaire congénital. Ce diagnostic est éliminé néanmoins pour le motif qui suit : « Ces rétrécissements, dit M. Le Dentu en par-
« lant des sténoses congénitales, sont constitués par
« une valvule purement muqueuse qui se présente soit
« sous la forme d'un diaphragme, soit sous la forme
« d'un croissant. Dans tous les cas, cette variété ne
« donne lieu à des accidents que chez les très jeunes
« enfants. En effet, quand ces rétrécissements sont

« larges, ce qui arrive assez souvent, ils ne gênent nul-
« lement l'expulsion des matières fécales et passent
« facilement inaperçus. Je me rappelle avoir observé il
« y a une dizaine d'années dans le service de Monsieur
« Richet un cas de ce genre; il s'agissait d'un adulte
« entré dans les salles pour une tout autre affection, et
« chez lequel on constata tout à fait par hasard l'exis-
« tence d'une valvule muqueuse qui devait être congé-
« nitale ». Ainsi donc, tout en reconnaissant son exis-
tence chez l'adulte, M. Le Dentu n'accorde, chez lui,
au rétrécissement congénital aucune existence patholo-
gique, et la réserve de façon exclusive aux « tout jeunes
enfants ».

Ces opinions contradictoires paraissent dès lors remettre la question sur le terrain de l'actualité et ramener l'attention des praticiens, qui se manifeste par une littérature plus féconde.

En 1877 paraît tout d'abord la thèse de Al. Garsaux, élève de Tillaux, intitulée *d'une variété de rétrécissements du rectum (rétrécissements partiels sous-muqueux)*. « Ces rétrécissements, dit-il, dus à la pré-
« sence d'une bride sous-muqueuse, siègent à trois cen-
« timètres environ au-dessus de l'anus, c'est-à-dire à
« l'union des régions sphinctérienne et ampullaire, et
« occupent toujours la paroi postérieure; ils peuvent
« être accompagnés de fistules ». Nous retiendrons seu-
lement au passage cette indication précise du siège et
celle de la concomitance assez fréquente des fistules.
Il est vrai que, pour l'auteur, ces brides partielles sous-
muqueuses reconnaissent le plus souvent pour cause la

dysenterie, et que, sur les six observations qu'il rapporte, cinq d'entre elles tendent à corroborer cette étiologie, le dernier cas seul ne présentant aucun antécédent qui pût fournir une notion étiologique quelconque.

Inspirée par Tillaux, comme la précédente, parut la même année la thèse de Ch. Février sur *les fistules dans les rétrécissements du rectum*. L'auteur fait au début de son travail une nomenclature des rétrécissements du rectum : il n'y est pas question de rétrécissement congénital.

C'est encore en 1877 que Mollière, Professeur à la Faculté de Lyon, publia son *Traité des maladies de l'anus et du rectum*. Il reconnaît qu'il y a quelquefois dans la région inférieure du rectum « des replis muqueux constitués par des valvules conniventes anormales ». « Ces replis, dit-il, qui n'occupent pas toute la circonférence du rectum, s'ils se trouvent situés en face l'un de l'autre, peuvent oblitérer le calibre rectal en s'abaissant comme les valvules des veines », disposition qui aurait été déjà signalée par Roser. Au chapitre des vices de conformation, l'atrésie congénitale du rectum chez les enfants est seule indiquée.

L'année suivante, 1878, est marquée par un travail d'ensemble très important de P. Reynier, publié dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* sous le titre : « Les rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum ».

Après avoir signalé la plupart des travaux de ses prédécesseurs, Reynier exprime le regret que, « dans les thèses récentes sur les rétrécissements du rectum, ces

« rétrécissements congénitaux soient néanmoins le plus
« souvent passés sous silence : et cependant ajoute-t-il,
« comme ces rétrécissements restent le plus souvent
« inaperçus et ne sont constatés que tard, il serait impor-
« tant d'en tenir compte dans le diagnostic des autres
« variétés de rétrécissements qu'on peut trouver passé
« l'enfance : leurs symptômes, le pronostic, le traitement
« les en différencient autant que l'étiologie. » Dans le
chapitre anatomo-pathologique, nous trouvons non seu-
lement décrites avec exactitude les diverses formes,
l'aspect, la consistance de la lésion, mais encore signalée
la rectite sus-jacente qui, fort souvent, l'accompagne.
Trois observations documentées, prises sur des adultes,
suivent en exemple et donnent sujet à l'auteur d'insister
sur la date tardive d'apparition des symptômes et d'en
fournir l'explication : « cette transformation fibreuse
« écrit-t-il, se fait lentement par les progrès de l'âge, et
« c'est elle qui nous explique la marche des accidents.
« Tant que la valvule n'a été constituée que par de
« la muqueuse et du tissu conjonctif, elle était dépres-
« sible et n'a pas gêné le cours des matières fécales. Ce
« n'est que lorsque, par le fait de l'irritation, elle est
« devenue fibreuse que les accidents de rétention appa-
« raissent. »

C'est encore dans ce mémoire que nous trouvons le
premier exposé embryogénique de la formation des val-
vules. Après avoir indiqué d'une part la formation du
cul de sac rectal et les cloisonnements qui participent à
son isolement d'avec le sinus uro-génital, d'autre part
la genèse du cul de sac anal, « ces deux culs de sac,

« ajoute Reynier, vont à la rencontre l'un de l'autre, et,
« à un moment, sont adossés l'un contre l'autre. L'ados-
« sement des deux culs de sac se détruit bientôt par le
« fait d'une absorption interstitielle, et alors s'établit
« une continuité qui fait aboutir à l'extrémité du corps
« la cavité du rectum. Mais, que cette absorption n'ait
« pas lieu et on aura une véritable cloison située à un
« centimètre ou deux de la marge de l'anus; ou si elle a
« lieu incomplètement, on aura un rétrécissement en
« forme d'hymen: ou si l'absorption se fait irrégulière-
« ment, il restera un repli valvulaire en croissant. »

Reynier fait une place à côté des précédents à ces
« rétrécissements qui, « siégeant, dit-il, à des hauteurs
« assez élevées et assez variables, et dûs à des transfor-
« mations des replis transversaux que présente norma-
« lement le rectum, sont ceux que les auteurs ont décrit
« comme congénitaux, et qu'ils ont eu seuls en vue. »
Mais « les autres, ajoute-t-il, qui ont leur siège à deux à
« trois centimètres de l'anus, à l'union de la portion sphinc-
« térienne et de la portion ampullaire, et qui sont dûs
« à un arrêt du développement, sont à proprement par-
« ler les vrais rétrécissements congénitaux, ceux que
« nous avons surtout eu l'intention de faire connaître. »
Quelques éléments de diagnostic différentiel et de théra-
peutique terminent cette importante revue générale.

Les idées que Reynier avait si justement développées
ne semblent pas néanmoins avoir triomphé de suite.

*Le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médi-
cales*, à l'article Rétrécissement des vices de conforma-
tion de l'Anus et du Rectum (Trélat) se borne à signa-

ler brièvement, « pour mémoire, ces valvules qui ont
« été indiquées par A. Bérard, Maslieurat-Lagémard, et
« sur lesquelles A. Bouisson a de nouveau appelé
« l'attention : quoi qu'elles ne produisent pas les acci-
« dents pressants qui sont la conséquence habituelle
« des vices de conformation dont nous nous occupons,
« elles méritent d'être rappelées ici parce qu'elles sont
« en réalité une malformation de naissance et qu'elles
« rétrécissent le calibre de l'intestin. »

Le Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques (Jaccoud) consacre aussi, à l'article Rectum une courte notice aux rétrécissements valvulaires. « Le rétrécissement valvulaire », y est-il écrit après quelques notions de forme et de siège, « est ordinairement unique, « sa structure est simple. Il paraît formé par l'adosse-
« ment de deux portions de muqueuse voisines. C'est-à-
« dire qu'il a à peine quelques millimètres en hauteur.
« Cependant on a trouvé dans un cas quelques fibres
« musculaires de la base d'implantation sur la paroi. On
« possède deux autopsies de cette variété de rétrécisse-
« ment, dans lesquelles la muqueuse était saine au-
« dessus et au-dessous du point rétréci. »

Eug. Bœkel publiait à peu près au même moment (*Gazette Médicale de Strasbourg*, 1881. — *Revue de chirurgie*, 1885), deux mémoires sur le « Rétrécissement congénital envisagé comme cause de prolapsus chez l'enfant », s'opposant en cela du reste à Lannelongue qui, renversant les termes du problème, n'avait vu dans des cas semblables qu'une coarctation secondaire à un prolapsus ulcéré sur son bord et provoqué lui-même par

la dysenterie. Quoi qu'il en soit, le point de vue très spécial auquel se sont placés ces deux auteurs fait sortir leurs travaux du cadre que nous nous sommes assigné et nous les notons simplement au passage. De même pour la thèse de P. Hamonic sur la « Rectite proliférante vénérienne et non vénérienne » (1885), où l'auteur ne fait aucune place dans son étiologie au rétrécissement qui nous occupe.

Il nous faut arriver à l'année suivante (1886) pour trouver dans l'*Union Médicale* (N° du 14 février) une clinique du Professeur Trélat, dont l'importance pour notre sujet peut être mise en parallèle avec l'article de Reynier. Cette clinique, intitulée « Des rétrécissements congénitaux du Rectum chez l'adulte », recueillie par le Dr Gérard-Marchant, se retrouve dans le deuxième volume des *Cliniques Chirurgicales de Trélat*, 1891. Elle est basée sur cinq observations prises sur des malades de 29 à 56 ans.

Après un aperçu embryogénique et étiologique, suivi d'une classification des différentes variétés de sténoses rectales, Trélat établit par une analyse serrée des symptômes la congénitalité des rétrécissements qu'il a observés. Il insiste tout spécialement sur le siège et surtout sur la forme du rétrécissement. C'est ainsi qu'il attribue à sa nature tranchante une importance primordiale : « Je dis qu'il s'agit d'un rétrécissement congénital, et ma raison est courte, démonstrative, c'est la forme valvulaire, coupante du rétrécissement, qui ne se retrouve que dans ces cas. »

L'évolution de l'affection est suivie depuis son début,

son apparition tardive est mise en relief, et nous n'aurons guère qu'à reproduire plus loin d'après l'auteur les raisons par lesquelles il la justifie. Enfin Trélat signale les diverses complications qui peuvent survenir, en particulier les fistules, et termine en insistant sur la « nécessité d'une thérapeutique chirurgicale pré-
« coce dont la méthode et les procédés sont encore à
« déterminer », en raison des accidents déconcertants et graves quelquefois déterminés par des interventions auxquelles avait présidé néanmoins la plus extrême prudence.

Nous retrouvons un certain nombre des idées exposées au cours de cette clinique dans la thèse de Eug. Pailhés (1886) sur *les Rétrécissements congénitaux du Rectum chez l'adulte*, publiée du reste sous le patronage de Trélat. Nous y retrouvons ses cinq observations faisant suite aux trois observations antérieures de Reynier. L'auteur conseille pour le traitement de l'affection « la dilatation progressive, lente, sage, au moyen de
« bougies en caoutchouc ».

Tillaux, qui avait dès longtemps (1877) patroné la thèse de Garsaux sur *le Rétrécissement partiel sous-muqueux*, exposa lui-même en 1895 au 9^e Congrès de Chirurgie la variété de rétrécissement à laquelle il avait donné le nom de *rétrécissement partiel* du rectum. C'est la même description qui se retrouve dans son *Traité d'Anatomie topographique* dont les multiples éditions se sont succédées de 1875 à 1903.

« On trouve dans certains cas, dit-il, à l'union de la
« portion sphinctérienne et de la portion ampullaire, au

« niveau du bord supérieur du sphincter interne une
« sorte de bride transversale dure, résistante, n'occu-
« pant que la paroi postérieure du rectum... sa hauteur
« présente quelques millimètres seulement de sorte
« qu'il est très facile de passer le doigt au-dessus d'elle;
« on plonge alors comme à pic dans une vaste cavité,
« qui n'est autre que l'ampoule rectale dilatée... Le
« développement de cette lésion est favorisé par une
« disposition normale. En effet, chez tous les sujets, la
« muqueuse, soulevée par le bord supérieur du sphincter
« interne, forme en arrière un relief plus ou moins sail-
« lant, mais facilement dépressible, appelé valvule de
« Houston ». S'ils n'apportent que des troubles légers
à la défécation, ces rétrécissements, cependant limités
et peu serrés, entraînent fréquemment des phénomènes
inflammatoires du côté du rectum, rectite purulente et
proliférante, mais surtout des fistules de la région péria-
nale. Le plus souvent même « la présence de cette
bride ne se révèle que par la production des fistules ».

Cette dernière constatation se trouve au reste déve-
loppée dans une clinique sur les « Fistules périanales
symptomatiques d'un Rétrécissement partiel du Rectum »
(*Leçons de clinique chirurgicale*, 1895). Elle avait cer-
tainement frappé Tillaux, de longue date, puisque son
élève Février l'avait prise pour sujet de sa thèse, déjà
mentionnée, en 1877. Tillaux fut en outre frappé le pre-
mier, et quelque peu embarrassé du reste plus tard, par
la constatation de ce fait que les fistules peuvent s'ou-
vrir dans le rectum, non pas au-dessus, mais au-dessous
de la bride sténosante.

Le *rétrécissement partiel* ne fait pas méconnaître cependant à Tillaux l'existence du rétrécissement congénital. Si nous ouvrons le deuxième volume de son *Traité de Chirurgie clinique*, nous trouvons ce dernier en bonne place dans le groupe des Rétrécissements du Rectum. Pour lui toutefois, le rétrécissement congénital est constamment circulaire, faisant le tour complet de cet organe, c'est « un véritable diaphragme percé d'un orifice plus ou moins étroit, ne ressemblant en rien aux rétrécissements dont j'ai déjà parlé » (les rétrécissements partiels), mais qui, doit-il avouer, « donne lieu néanmoins aux mêmes symptômes. » Cependant le rétrécissement congénital s'accompagnerait moins souvent, à son opinion, de phénomènes inflammatoires : « il est rare que les malades soient atteints d'un écoulement de pus ou de sang par l'anus, ce qui prouve que la muqueuse n'est pas exulcérée au-dessus de l'obstacle. Il est cependant », concède-t-il encore, « probable, sinon certain que si cet état de choses persistait, la portion ampullaire du rectum finirait par se dilater, et il se « produirait un certain degré de rectite. »

Tillaux qui, tout d'abord, avait voulu faire de son rétrécissement partiel une entité bien distincte du rétrécissement congénital, se trouve donc obligé de reconnaître une singulière ressemblance à leurs symptômes respectifs. Cette évolution se précise encore. Quand, discutant, pour finir, la nature du rétrécissement partiel (*Traité de chirurgie* surcité) « à coup sûr, dit-il, la syphilis et le cancer ne jouent aucun rôle dans sa « production. Serait-ce une inflammation antérieure

« dysentérique ou autre du Rectum? Je n'en ai pour
« mon compte jamais trouvé nettement la trace...
« D'autre part, je suis très frappé de la ressemblance
« que tous ces cas offrent entre eux : la bride présente
« une forme et surtout un siège identique ; elle corres-
« pond toujours au bord supérieur du sphincter interne
« de l'anús, c'est-à-dire au point de rencontre des
« portions anale et rectale du rectum. N'est-il pas dès
« lors très rationnel de la rattacher, comme le rétrécis-
« sement valvulaire, à une disposition de la période
« embryonnaire? » Et plus loin : « je crois que le
rétrécissement partiel du rectum est dû à ce qu'une
portion du blastème à travers lequel se creuse la por-
tion anale n'a pas été résorbée » — Il n'y a donc, plus
seulement entre le rétrécissement partiel et le rétrécisse-
ment congénital valvulaire une communauté de symptô-
mes, il y a encore une communauté d'origine congénitale.

C'est ainsi que Tillaux paraît avoir été progressive-
ment amené lui-même à ne séparer son rétrécissement
partiel du rétrécissement valvulaire que par la seule dif-
férence qui sépare deux variétés morphologiques.

Le Professeur Lannelongue exposa en 1896 à l'Hô-
pital Saint-André de Bordeaux un cas de « Rétrécisse-
ment congénital avec hypertrophie musculaire et rec-
tite consécutive » (*Bulletin Médical*, 1898). Il s'agissait
d'un rétrécissement en diaphragme observé chez un
homme de 48 ans, et qui fut guéri par la dilatation. Ce
rétrécissement présentait ceci de spécial que le doigt,
introduit au centre du diaphragme s'y trouvait serré
comme par un anneau contractile, particularité que

Lannelongue attribue à une hypertrophie musculaire et qu'il avait déjà signalée dans ses *Leçons de clinique chirurgicale* (Bordeaux, 1887) ; selon lui Verneuil et Panas l'auraient également remarquée à sa suite.

En 1898 également, Phocas publia dans le *Nord Médical* une observation de « rétrécissement probablement congénital sur une fillette de 15 ans ». Ce rétrécissement avait, comme dans les cas rapportés par Bokel, provoqué un léger prolapsus, mais il s'agissait, d'après l'auteur, d'un rétrécissement parenchymateux et non d'un rétrécissement valvulaire.

Ces deux formes du rétrécissement congénital trouvent leur place dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus* (Tome VI, 1898), mais la fréquence beaucoup plus considérable de cette dernière est catégoriquement reconnue.

Nous trouvons cependant l'opinion inverse dans le *Traité des Maladies chirurgicales d'origine congénitale* du Professeur Kirmisson (1898) : « S'agit-il d'un de
« ces cas beaucoup plus rares, dit-il, d'un de ces rétré-
« cissements valvulaires du rectum que nous avons
« signalés en commençant, les inconvénients en sont
« généralement très peu marqués, ce qui explique que
« les malades qui en sont atteints avaient tous déjà un
« certain âge au moment où ils se sont présentés pour
« la première fois au chirurgien. Dans ces rétrécisse-
« ments valvulaires d'origine congénitale la valvule est
« mince et à bords nets ; il n'y a pas de lésions des
« tissus voisins, pas de condylômes, pas d'épaississe-
« ment et de végétations de la paroi rectale. »

Le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet (1899), parmi les Vices de conformation du Rectum, s'occupe assez longuement du rétrécissement congénital : Il « en « existe une forme rare : ce sont les rétrécissements « cylindriques... Les rétrécissements congénitaux typi- « ques sont en forme de diaphragmes minces, leur « siège d'élection est à l'union de l'anus et du rectum : ce « sont les rétrécissements membraneux ou valvulaires. » Au chapitre symptomatologique, leur évolution lente est mise en lumière, et les complications inflammatoires qui peuvent survenir y sont signalées. Quant au diagnostic, y est-il dit, « il ne peut présenter de difficultés « que dans le cas où le rétrécissement, ayant passé « inaperçu, commence à déterminer des accidents à « l'âge adulte. Alors même les difficultés ne sont pas « sérieuses, car aucun des rétrécissements acquis du « rectum n'a les caractères physiques des rétrécissements « congénitaux. » M. Delbet insiste particulièrement sur le siège et signale à ce propos, après Trélat, la mobilité verticale relative qui peut tromper sur la hauteur exacte de la sténose, et sur laquelle il importe d'attirer l'attention pour apprécier cette hauteur avec exactitude.

Les *Bulletins de Mémoires de la Société de chirurgie* (1901), rapportent l'observation d'une malade de M. Souligoux atteinte de « rétrécissement inflammatoire consécutif à un rétrécissement valvulaire », le rétrécissement congénital ayant favorisé le développement d'une rectite proliférante et sténosante. Nous donnerons plus loin cette observation assez courte, mais intéressante.

Le volume de Gérard-Marchant, *Chirurgie de*

l'Intestin, du Rectum et de l'Anus (1902), reste bref sur les sténoses congénitales du rectum. Il signale néanmoins, après Tillaux, que les fistules, chose remarquable, viennent parfois s'ouvrir dans le rectum « au niveau ou au-dessous » de la valvule.

Nous nous sommes efforcés, au cours de cet exposé historique, de mettre en relief la pierre que chacun, depuis qu'a commencé l'étude phathologique des rétrécissements valvulaires congénitaux chez l'adulte, a apporté à sa mise au point. Nous tâcherons de coordonner ici ces matériaux. Le mérite ne nous en reviendra que pour une part bien légère. Les importants-travaux du regretté Professeur Reclus, consignés principalement dans le *Journal des Praticiens* de 1907 (Clinique de la Charité), dans la Tome II de supplément à la *Pratique Médico-Chirurgicale*, enfin dans la *Presse Médicale* du 11 janvier 1913 (Clinique de l'Hôtel Dieu), seront un guide qui ne nous quittera guère. Ils formeront avec l'article que M. le Dr Piquand, ancien chef de clinique de M. Reclus, et auquel nous devons une obligation toute spéciale, a publié dans le *Centre Médical* du 1^{er} mars 1914, un ensemble de documents de premier ordre qu'il nous sera pardonné de négliger sous cette rubrique en raison des très larges emprunts que nous devons leur faire dans le cours de ce travail.

Nous n'omettrons pas, avant de clore ce chapitre, de rappeler cependant que, dans un article récent (*Tribune médicale* d'avril 1914), M. le Dr Marcille, Chirurgien des Hôpitaux, a attaqué violemment la conception du Professeur Reclus sur les rétrécissements congéni-

taux du rectum, et même nié l'existence de ces rétrécissements. Malheureusement les affirmations de M. Marcille, bien qu'extrêmement catégoriques, ne s'appuient en réalité sur aucun fait précis, ni sur aucun argument sérieux.

Les rétrécissements congénitaux du rectum n'existent pas, nous dit en substance M. Marcille, et la preuve en est qu'aucun auteur ne les signale; s'ils existaient réellement, les nombreux auteurs qui ont étudié les affections du rectum les auraient certainement observés avant M. Reclus. — On pourrait répondre à cela que le fait qu'une maladie n'a pas encore été décrite n'est pas une preuve de la non-existence de cette maladie, c'est tout au plus une présomption en faveur de sa rareté. Nous n'avons d'ailleurs pas besoin de recourir à cet argument, car l'affirmation de M. Marcille est inexacte : en effet de nombreux auteurs ont, comme nous l'avons pu voir, signalé, avant le Professeur Reclus, les rétrécissements congénitaux du rectum, et, parmi eux, le Professeur Tillaux, dont M. Marcille, moins que tout autre, peut méconnaître la haute autorité. Qu'il consulte d'ailleurs les chirurgiens d'enfants : le Professeur Kirmisson lui répondra qu'il a décrit les rétrécissements du rectum dans son *Traité des Affections congénitales*; le Professeur Broca, dont M. Marcille apprécie la compétence, lui dira qu'il a vu dans son service des rétrécissements congénitaux du rectum.

En second lieu M. Marcille nie l'existence des rétrécissements congénitaux du rectum parce que leur développement ne serait pas compatible avec nos connais-

sances embryologiques, et notamment avec l'évolution du « bouchon cloacal » de Tourneux, dont le professeur Reclus, ignorant, selon M. Marcille, tous les travaux embryologiques récents, méconnaît l'existence. Nous ne relèverons pas cette insinuation, l'autorité scientifique du professeur Reclus restant au-dessus d'elle. Faisons cependant remarquer que dans une clinique destinée à des élèves, un professeur peut simplifier des théories embryologiques et n'en tracer qu'un simple schème sans faire preuve d'ignorance. Au surplus M. Marcille néglige de nous dire en quoi l'évolution du bouchon cloacal, suivant les données embryologiques les plus récentes, se trouve en contradiction avec le développement des rétrécissements congénitaux du rectum : pour nous, comme pour tous les auteurs qui ont étudié la question dans les livres didactiques récents, il paraît au contraire que l'évolution du bouchon cloacal explique aussi bien que la théorie des « culs de sac » le développement et le siège des rétrécissements congénitaux du rectum.

Enfin, dernier argument de M. Marcille : les rétrécissements congénitaux du rectum n'existent pas et la description donnée par M. Reclus est fausse, car l'observation qui a été le point de départ de cette description est inexacte ; dans ce cas il s'agissait d'un rétrécissement inflammatoire et non d'une sténose congénitale : la preuve en est que les membres d'un jury ayant examiné le malade ont conclu, comme le candidat, au diagnostic de rétrécissement inflammatoire. A cela, nous sommes obligés de répondre qu'un diagnostic même

fait par les cliniciens les plus compétents, peut toujours être erroné, et qu'en tout cas il ne peut infirmer un fait précis et bien constaté : dans le cas qui nous occupe, plusieurs chirurgiens et M. Marcille, après avoir examiné un malade pendant quelques minutes, ont diagnostiqué un rétrécissement inflammatoire et déclaré qu'une large exérèse devait être tentée immédiatement sous peine d'un pronostic fatal. Le Professeur Reclus, après une observation minutieuse et prolongée plusieurs jours par lui-même et par ses collaborateurs, diagnostique un rétrécissement congénital accompagné d'accidents inflammatoires surajoutés et estime qu'une intervention légère suffira à assurer la guérison ; il pratique cette intervention ; en quelques jours les accidents inflammatoires disparaissent, la guérison survient, et se maintient jusqu'à ce que le malade soit perdu de vue : il nous semble que voilà un fait précis et concluant, contre lequel l'argumentation la plus subtile ne peut rien. Nous ajouterons que si ce malade a été perdu de vue assez rapidement, un autre dans les mêmes conditions a été suivi pendant 7 ans par M. Reclus, et que, plus récemment, M. le docteur Piquand présentait à *la Société médicale du Centre* un malade complètement guéri, plus d'un an après l'intervention.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur l'origine réelle des rétrécissements valvulaires du rectum. Cette origine est apparue clairement avec les progrès relativement récents de l'embryologie, reléguant à l'arrière plan les diverses hypothèses que les auteurs en mal d'explication avaient échafaudées tout d'abord sur le rôle des valvules de Houston, des faisceaux de renforcement musculaires ou des hypertrophies sphinctériennes partielles : la révision historique que nous venons de terminer nous a fourni l'occasion de noter au passage ces opinions diverses.

Cette théorie embryologique, déjà ébauchée avant lui par quelques auteurs, a été exposée pour la première fois avec quelques détails par Reynier :

« Depuis les travaux de Coste, de Reichert, de Baer
« sur l'embryogénie, écrit-il, on sait que l'intestin,
« développé aux dépens du feuillet interne du blasto-
« derme forme chez l'embryon un long tube terminé à sa
« partie inférieure en cul de sac, et communiquant avec
« l'allantoïde dont une partie formera la vessie. Cette

« partie de l'intestin qui formera le rectum reste ainsi
« longtemps fermée. »

« D'un autre côté, en même temps que le cul de sac
« rectal se développe, on voit sur le feuillet externe se
« former une fente qui deviendra l'ouverture anale
« et l'orifice uro-génital. Des cloisonnements isolent
« bientôt ces orifices, et on a alors un cul de sac en
« doigt de gant, qui sera la portion anale du rectum,
« formé par l'enfoncement du feuillet externe: ce cul de
« sac correspond au cul de sac du rectum, dont il se
« trouve encore séparé par du blastème ».

Ces deux culs de sac se rapprochent l'un de l'autre
et à un moment donné se trouvent être contigus par
leur fond. Normalement cet adossement se résorbe
bientôt, et le rectum se continuant avec le canal anal ne
forme plus avec lui qu'un seul conduit s'ouvrant à
l'extérieur au niveau de l'anus, sans qu'aucune trace de
démarcation subsiste de cette soudure.

Mais que cette résorption n'ait pas lieu: c'est l'imperforation rectale; ou qu'une fois commencée elle s'arrête, ce sera le rétrécissement valvulaire « en diaphragme »; ou qu'elle s'opère un peu excentriquement, ce sera le rétrécissement « en bride, en éperon, en croissant. »

Ainsi, le rétrécissement valvulaire congénital n'est en somme qu'une modalité atténuée de l'imperforation rectale.

Cet exposé embryologique, tel que Reynier l'exposait dans son mémoire de 1878, n'a subi dans ses grandes lignes aucun changement jusqu'à nos jours. Les recherches récentes de MM. Duval, Michalowiez, Retterer et

Tourneux l'ont cependant quelque peu modifié sur un point de détail en intronisant la théorie dite du « bouchon cloacal ».

D'après cette conception récente, il ne se constitue pas un cul de sac ectodermique marchant à la rencontre du cul de sac rectal, mais « les cellules de l'ectoderme
« en se multipliant forment une sorte de végétation épi-
« dermique, qui détermine la régression du mésoderme
« sous-jacent et vient finalement se mettre en contact
« avec l'entoderme de la cavité cloacale. Cet amas épi-
« thélial, qui réunit l'ectoderme et l'entoderme constitue
« le bouchon cloacal. Au bout d'un certain temps, les
« cellules centrales se désagrègent et le bouchon acquiert
« une lumière ; dès cet instant le cloaque communique
« avec l'extérieur ».

Au fond le bouchon cloacal n'est rien autre qu'un cul de sac en puissance, puisqu'il est rempli de cellules ectodermiques destinées à la régression, et l'on saisit très bien qu'une régression incomplète des cellules qui en constituent le pôle rectal aboutisse au même résultat qu'une fusion incomplète des deux cloaques.

La théorie classique reste donc toujours vraie, sous la réserve d'une correction qui interprète plus strictement la réalité des faits.

Fréquence. — Le rétrécissement congénital a été jusqu'à présent considéré par la plupart des auteurs comme une affection exceptionnelle, et c'est cette opinion sans nul doute qui a été la source de la négligence dont son étude a été si longtemps l'objet.

Nous insisterons très particulièrement sur ce fait qu'à mesure qu'il a été nettement individualisé et mieux connu, les cas observés s'en sont révélés de moins en moins rares. Aujourd'hui le rétrécissement congénital, grâce aux travaux récents, doit être considéré comme une affection relativement fréquente et dont le diagnostic doit se poser en première ligne à l'esprit du praticien.

A vrai dire nous ne possédons pas de statistiques probantes. La plupart de celles qui ont été faites, comme celles de Trélat, sont déjà anciennes, elles englobent toutes les modalités de malformations ano-rectales, et comme, de plus, elles ont été faites sur des nouveau-nés, chez lesquels il est exceptionnel que la sténose soit assez intense pour provoquer des symptômes d'une observation immédiate, elles ne revêtent pour nous qu'un intérêt très relatif.

Nous nous bornerons donc à constater, en raison même de la multiplicité croissante des observations signalées, que le rétrécissement congénital, considéré comme rare par les auteurs classiques, est au contraire une affection assez courante. Ce serait même, suivant M. Reclus, la variété la plus fréquente des sténoses rectales.

Seulement ces rétrécissements congénitaux ont été jusqu'à présent très mal connus au point de vue clinique; et comme leur présence est masquée très fréquemment par des accidents d'inflammation secondaire, ils peuvent passer inaperçus ou être pris pour des rectites ou des rétrécissements inflammatoires.

De fait, en parcourant les travaux anciens ou même récents, on se rendra compte que plusieurs cas, désignés sous le nom de rétrécissements inflammatoires, de rectite proliférante ou sténosante, se rapportent en réalité à des sténoses congénitales compliquées d'accidents inflammatoires.

Age. — La révélation tardive du rétrécissement valvulaire congénital est un fait qui a paru longtemps paradoxal, malgré que Bouisson en 1851 l'eut déjà signalé et interprété.

Aujourd'hui, l'on sait très bien que le rétrécissement congénital se manifeste presque toujours cliniquement chez des malades déjà âgés, le plus souvent après quarante ans. La moyenne de cinq cas de M. Reclus donne quarante-quatre ans. Si l'on y ajoute ceux de Bouisson, Reynier, Trélat, celui du Dr Piquand, en tout quinze cas, on obtient une moyenne d'un peu plus de trente-neuf ans.

Le fait s'explique d'ailleurs aisément, et nous ne saurions en donner de meilleures raisons que celles que Trélat donnait déjà en 1886 : « Il est aisé, dit-il, de
« comprendre que, pendant la période jeune, qui suit sa
« formation, le rétrécissement est simple, extensible,
« sans nulle induration. Les muscles abdominaux ont
« toute leur vigueur et les sécrétions intestinales,
« biliaires, pancréatiques, sont abondantes : ne sont-ce
« pas là toutes les conditions physiologiques d'une
« défécation facile ? Mais que survienne, sous l'influence
« des progrès de l'âge, une induration de la valvule, que

« le muscle faiblit, que la paroi intestinale soit moins
« lubrifiée, le bol fécal moins ramolli, et la lésion,
« jusque là innocente, va engendrer un trouble de plus
« en plus accusé ».

Ainsi, tant que le diaphragme ou la valvule restera souple et flexible, que des contractions musculaires énergiques propulseront les matières, que, suivant une expression renouvelée de la pathologie des sténoses orificielles du cœur, « la lésion sera compensée », il y aura lésion, mais non maladie. Mais que, prenant de l'âge le rétrécissement modifie sa structure, devienne fibreux, dur et perde son élasticité, que les fibres musculaires deviennent paresseuses et leurs contractions moins énergiques, il y aura rupture d'équilibre et les troubles apparaîtront, légers d'abord, mais progressivement croissants; car si la sclérose du rétrécissement et du rectum lui-même est à l'origine de ces troubles, elle ne fait que se développer de par la congestion constante et l'inflammation que ces perturbations elles-mêmes établissent et entretiennent.

On n'envisagera donc plus avec étonnement ce recul à échéance lointaine dans la manifestation d'une lésion congénitale. On notera avec Trélat, du reste, qu'il est en dehors de la hernie inguinale, nombre de lésions congénitales qui jouissent d'une période de latence aussi prolongée et qui ne se montrent qu'à une période tardive de l'existence, tels que « les kystes de la queue du sourcil, la grenouillette congénitale et les kystes dermoïdes du ligament large ».

Sexe. — Au sujet de la prédominance du rétrécissement congénital dans l'un ou l'autre sexe, les statistiques anciennes qui pourraient nous être utiles sont de deux ordres.

Les premières portent sur les rétrécissements du rectum en général : elles accordent toutes au rétrécissement rectal une prépondérance chez la femme. Mais elles perdent singulièrement de leur valeur, vu la multiplicité d'origine des lésions qu'elles comportent, vu aussi la place qu'y tiennent les rétrécissements d'origine vénérienne, dont la prédominance chez la femme n'est pas douteuse.

Les autres portent sur les malformations ano-rectales envisagées dans leur ensemble ; la différence en faveur du sexe féminin y est beaucoup moins sensible ; et si nous en croyons la conclusion de celle de Trélat « les doutes sont encore bien grands pour établir la fréquence relative chez l'un ou l'autre sexe ».

La statistique spéciale et récente qui pourrait apporter un élément précis reste encore à faire. Nous mentionnerons néanmoins que sur le chiffre de dix-sept observations, parmi les plus incontestables, formant un ensemble de cas, signalés ici, d'après Bouisson, Reynier, Souligoux, M. Reclus, le Dr Piquand, neuf ont pour sujet des femmes, huit appartiennent à des individus mâles.

Sans attribuer une trop grande valeur à cette évaluation restreinte, il ne semble rien y avoir à changer à l'opinion de Trélat que « ce qui paraît le plus probable « en l'état actuel de la science, c'est que les deux sexes

« sont presque également prédisposés aux vices de conformation de l'anūs et du rectum ».

Etiologie absolue. — Quant à la cause intime, absolue des rétrécissements congénitaux, elle est aussi inconnue dans son essence que celle des autres arrêts ou perversions du développement; et nous ne ferons que signaler le rôle des tares héréditaires : alcoolisme, syphilis à un degré plus ou moins immédiat, consanguinité, etc., qui d'après un grand nombre d'auteurs, sont fréquemment rencontrées chez les ascendants des malades atteints des diverses formes d'anomalies congénitales.

Notons en passant, au sujet du rôle de l'hérédité, le fait assez extraordinaire, rapporté par Hara le 25 mars 1885 à la Société de Médecine de Berlin de six cas d'occlusion anale, soit partielle, soit totale, observés dans une même famille.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La plupart des auteurs reconnaissent au rétrécissement congénital deux variétés.

Sur la première variété, connue sous le nom de rétrécissement cylindrique, de rétrécissement parenchymateux, nous serons brefs.

Sa pathogénie est sensiblement différente, elle serait liée au cloisonnement du cloaque primitif et reconnaîtrait pour cause un développement excessif ou anormal de l'éperon périnéal ou des lames latérales de Rathke, dont la migration, descendante pour le premier, convergente pour les secondes, sépare définitivement le rectum de l'allantoïde.

« Dans ces cas, dit M. Delbet, la coarctation est plus
« étendue, elle peut mesurer plusieurs centimètres de
« haut, et même porter à la fois sur l'anus et la partie
« inférieure du rectum. » Et Gérard-Marchant ajoute :
« Sur plusieurs centimètres le calibre du conduit ano-
« rectal peut être réduit au point de laisser à peine libre
« parfois le passage d'un stylet : l'ampoule est alors
« fortement dilatée au-dessus du rétrécissement. *Cette*

« *forme est d'ailleurs très rare.* » Et c'est la conclusion de la plupart des auteurs.

On conçoit facilement de plus que de pareilles lésions soient reconnues de façon précoce et n'attendent pas l'âge adulte pour se manifester. La spécialité de leur pathogénie, de leur structure, de leur évolution, jointe à leur très grande rareté, en font une forme très particulière n'ayant de commun avec la suivante que d'être comme elle une lésion dysembryoplastique, et dont l'étude demande à être faite séparément. Aussi, si nous nous devons de la signaler, ne lui consacrerons-nous pas de développement plus ample.

La deuxième variété est celle qui fait proprement l'objet de ce travail. Elle peut présenter elle-même diverses variétés morphologiques.

Forme. — Ce peut être un véritable *diaphragme* d'instrument d'optique, tendu, transversalement en travers du rectum. Son pourtour s'insère alors en avant, en arrière et sur les côtés, suivant une ligne circulaire au niveau de laquelle la muqueuse qui tapisse ses deux faces se continue directement avec la muqueuse du rectum. Sa face supérieure regarde l'ampoule rectale généralement dilatée, sa face inférieure regarde l'anus. Son orifice situé en plein milieu, quelquefois légèrement excentrique, est de dimensions variables : tantôt il permet au doigt explorateur un passage facile, tantôt il ne le permet qu'avec difficulté, souvent même il ne le permet pas du tout. Le bord circulaire de cet orifice est net, coupant, tranchant; Trélat avait déjà, nous

l'avons vu, insisté sur ce fait qu'il donnait comme un signe pathognomonique ayant une valeur capitale pour le diagnostic.

D'autres fois le rétrécissement ne fait pas le tour complet du rectum. Il est dit alors plus spécialement en *valvule*, malgré que ce mot ait souvent un sens plus général, en *croissant*, *bride*, *éperon*, *faucille*. Il s'insère par sa base plus ou moins étendue de la paroi rectale suivant une ligne circulaire incomplète, tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt latéralement; cependant cette insertion paraît se faire avec une prédominance marquée sur la paroi postérieure. L'orifice confine à la paroi opposée qui le borde d'un côté, tandis qu'il est limité de l'autre par l'arrête vive du rétrécissement dont les cornes se perdent à chaque extrémité sur la muqueuse; il affecte ainsi une forme arrondie, plus ou moins elliptique, et l'on peut constater dans l'étroitesse de son ouverture tous les degrés, depuis le plus prononcé, accentuant d'autant la précocité et l'intensité des symptômes, jusqu'au plus atténué, ne se révélant souvent qu'au hasard d'un examen, d'une intervention ou d'une nécropsie.

Il peut être intéressant de noter que, dans sa forme, dans ses dimensions et la disposition de son ouverture, le rétrécissement congénital affecte en somme les diverses modalités que revêt chez la jeune fille la membrane hyménéale, dont le développement normal n'est pas au reste sans présenter quelque analogie avec celui de la lésion pathologique qui nous occupe. Nous signalerons à ce propos ici l'existence au Musée de Kings

College, à Londres, d'une pièce anatomique où l'orifice unique que l'on rencontre d'ordinaire dans ces sténoses valvulaires, se trouve remplacé par plusieurs petits orifices, reproduisant la disposition connue sous le nom d'hymen criblé ou cribriforme.

Siège. — Le siège ordinaire du rétrécissement valvulaire du rectum est remarquable par sa constance. C'est au reste une conséquence naturelle de sa pathogénie spéciale.

C'est à l'union de la portion ampullaire et de la portion sphinctérienne du rectum, c'est-à-dire à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'orifice anal, juste au-dessous de l'extrémité inférieure de la prostate chez l'homme, qu'il se rencontre avec une prédominance très marquée.

Ce lieu d'élection n'est point un caractère absolu cependant, et le vieux dicton qui veut que toute règle générale ait ses exceptions trouve ici, comme sur beaucoup d'autres points de la pathologie, sa justification. S'il est rare en effet de voir le rétrécissement siéger plus près de l'anus, — le chiffre de deux centimètres et demi a été donné dans un cas, — il l'est moins de le voir siéger un peu plus haut, — jusqu'à six, sept, et même neuf centimètres dans un cas de M. Reclus.

Il est hors de doute qu'il faille tenir compte dans cette appréciation du développement et de la stature de l'individu.

Il est possible aussi que la jonction des deux portions du rectum ne se fasse pas toujours aussi rigou-

reusement que le réclament les classiques à 3 ou 4 centimètres de l'anüs : « une telle rigueur », ainsi que l'exprime M. Reclus, « ne serait guère légitimée par la « médiocrité de nos connaissances sur l'étendue des « troubles dysembryoplastiques qui peuvent s'abattre « sur la région ».

Enfin il est certain que la hauteur du rétrécissement est souvent difficile à apprécier avec exactitude. M. P. Delbet a insisté après Trélat sur ce caractère particulier des rétrécissements congénitaux qu'ils présentent une certaine mobilité verticale qui peut tromper sur leur siège réel. Ils se laissent fréquemment refouler par le doigt qui les explore, si bien que lorsqu'on les examine par le toucher, on est tenté de croire qu'ils siègent à 5 ou 6 centimètres. Puis si l'on vient à introduire au-dessus d'eux un instrument qui les accroche par en haut, et que, tirant cet instrument en bas, on mesure la partie qui reste engagée lorsqu'il est arrêté, on trouve qu'elle n'a plus que 2 centimètres. En réalité, la vérité est entre ces deux chiffres : le rétrécissement a été entraîné d'abord en haut, puis en bas ; il n'est ni à cinq, ni à deux centimètres ; sa position vraie est intermédiaire, à trois ou quatre centimètres.

Si nous tenons compte encore, avec M. Reclus de la difficulté que peuvent apporter comme points de repère un anus plus ou moins infundibuliforme ou un sphincter plus ou moins saillant, nous pourrions conclure que, tout en maintenant à ce caractère l'importance irrécusable qu'il mérite, il faut savoir l'interpréter, tenir compte des causes d'erreur qui peuvent inter-

venir, lui accorder, en dépit des embryologistes trop intransigeants, une certaine marge, et ne pas lui laisser prendre, en définitive, le pas sur les considérations morphologiques que nous avons précédemment décrites.

Consistance et Épaisseur. — La sensation que donne au doigt le rétrécissement valvulaire qui n'a pas été modifié par l'âge et les accidents surajoutés, est caractéristique et s'oppose très nettement à celle que donnent les rétrécissements inflammatoires et cicatriciels.

Tandis que ceux-ci sont, de par la nature même de leur tissu, durs, résistants, irréguliers, souvent cannelés, le rétrécissement valvulaire est souple, dépressible, lisse sur ses deux faces. Son bord tranchant lui-même donne au doigt une impression élastique qui a pu donner à certains (Lannelongue, Verneuil, Panas) la sensation d'une contractilité propre due à la présence de fibres musculaires.

Même contraste au point de vue de l'épaisseur. Tandis que les rétrécissements inflammatoires, et en particulier le syphilôme rectal, s'étendent sur une hauteur de plusieurs centimètres, se prolongent en forme de cône, d'entonnoir, l'épaisseur de la valvule congénitale, simple duplication de la muqueuse, se chiffre par millimètres, — un millimètre au niveau du bord adhérent dans une des observations de Reynier —, et quand l'orifice est suffisant pour lui livrer passage, l'extrémité du doigt arrive facilement à explorer sa face ampullaire.

Structure. — La structure histologique du rétrécissement congénital chez un sujet jeune est tout particulièrement simple.

Il est formé uniquement par deux épaisseurs de muqueuse, continues avec la muqueuse rectale et identiques à elle, renfermant dans leur intervalle une couche de tissu conjonctif jeune et quelques vaisseaux.

On s'expliquera sans peine qu'un rétrécissement ainsi constitué soit peu épais, très souple, très mobile et très extensible.

Mais, quand le médecin est appelé à les étudier chez un adulte, ces caractères primitifs sont généralement plus ou moins altérés : c'est que l'état des tissus s'est modifié sous l'influence de l'âge et de lésions inflammatoires que nous exposerons tout à l'heure.

Ces modifications des tissus chez les sujets âgés sont dues à la transformation fibreuse du tissu conjonctif : le rétrécissement devient alors progressivement plus épais, plus dur, moins extensible ; les phénomènes inflammatoires discrets d'abord, se précisent et s'accroissent.

Il est très important de connaître ces modifications tardives des valvules congénitales : leur analyse judicieuse nous permettra d'éviter les erreurs que leur méconnaissance pourrait faire commettre à un esprit insuffisamment averti.

Fistules. — Un point important de l'anatomie pathologique des sténoses valvulaires est la coexistence fréquente de fistules. La constatation n'en est pas neuve, et nous devons à Trélat et à Tillaux en particulier d'y

avoir insisté. Tillaux en avait fait même un symptôme primordial et souvent révélateur de ses rétrécissements partiels.

La pathogénie de ces fistules, telle que Trélat et Tillaux la comprenaient est facile à exposer. Le rétrécissement donne lieu au-dessus de lui à des phénomènes de rectite, favorisée ou non par une dilatation ampulnaire ; ces phénomènes de rectite, d'abord localisés à la muqueuse, envahissent peu à peu le tissu cellulaire périrectal. Cette périrectite donne naissance à son tour à des abcès de voisinage, qui descendent le long du rectum et viennent s'ouvrir plus ou moins près de l'anus, établissant le plus souvent par communication simultanée avec le fond de l'ampoule une véritable *voie de dérivation* compensatrice de la sténose.

Aussi par nécessité, suivant cette pathogénie, les fistules ont-elles leur orifice rectal toujours au-dessus de la sténose ; et c'est ainsi que nous les trouvons constamment décrites, quelquefois uniques, souvent multiples, s'ouvrant au niveau du périnée tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur les côtés de l'anus, et donnant lieu fréquemment à des alternatives de cicatrisation et de réouverture. Nous noterons en passant qu'aucune des observations que nous avons lues ne se montre au reste très proluxe sur les abcès créateurs des dites fistules, sur leur évolution, la nature de leur suppuration et de la sécrétion fistulaire, tous faits auxquels l'ancienne pathologie attachait cependant une assez haute importance, non plus que sur l'exploration de ces trajets qui paraît s'être bornée, dans bien des cas, à un cathétérisme

au stylet plus ou moins démonstratif ou à la constatation de ce fait qu'une injection de lait poussée par l'orifice cutané ressortait par l'anus.

Tillaux fut le premier à remarquer que les fistules ne s'ouvraient pas toujours au-dessus de la sténose. Or, cette simple constatation faisait perdre toute logique à la théorie jusqu'alors admise. Aussi, c'est par un point d'interrogation qu'il termine sa clinique de 1895 : « Par
« quel mécanisme se produisent ces fistules? Je ne puis
« le dire, bien que l'on puisse comparer leur production
« à celle des fistules uréthrales; or ce n'est pas le rétrécissement le plus serré qui donne le plus de fistules;
« il y a rectite au-dessus du rétrécissement, abcès de
« voisinage et fistule : voilà ce que je croyais, mais ce
« qu'infirmes le cas actuel, puisqu'il n'y avait pas de
« rectite, et que l'orifice de communication rectale, le
« rendez-vous des fistules siégeait *au niveau* ou *au-dessous* de la bride et non au-dessus. Enfin, par quel
« mécanisme se guérissent ces fistules? Je ne puis
« répondre davantage à cette question, ne sachant pas
« comment elles se produisent ».

M. P. Delbet, ayant observé aussi cette disposition, crut, il est vrai, pouvoir l'expliquer en faisant des rétrécissements qui s'en accompagnent des sténoses bacillaires, et des fistules le résultat de la fonte d'un tubercule sous-jacent à la coarctation.

Mais Trélat avait déjà noté expressément d'autre part, dans certains cas de rétrécissements du rectum, un nouveau caractère atypique, la *sécheresse* de certaines de ces fistules ano-rectales, qui, dit-il dans ses clini-

ques, « ne fournissent aucun liquide : presque aussitôt « formé, leur trajet se cicatrise nettement; il est souvent « très court et semble découpé à l'emporte-pièce; on « peut en compter plusieurs chez le même sujet ». Quant à l'attribution de ces fistules sèches, Trélat en fait, à vrai dire, l'apanage exclusif du syphilome ano-rectal.

C'est sur ces données qu'est intervenue la mise au point de M. Reclus. S'étant attaché à déterminer la nature exacte de ces fistules sèches signalées par Trélat et que lui-même décrivait déjà en 1896 « assez larges pour permettre l'introduction d'une sonde n° 4 ou 5, dont le trajet lisse aboutit, en cheminant sous la muqueuse, dans le canal sphinctérien, au-dessous du rétrécissement », il leur soupçonna bientôt une origine commune avec celle du rétrécissement à l'évolution duquel elles sont liées, une origine *congénitale*. Quelques temps après, l'examen histologique qui seul pouvait donner une preuve absolue fut pratiqué et changea en certitude ce qui n'était encore qu'une vue de l'esprit. Mais laissons-lui la parole.

« Depuis longtemps », écrit-il dans la *Presse Médicale* du 11 janvier 1913, « nous soupçonnions ces fistules sèches d'avoir une origine congénitale. Aussi avons-nous saisi la première occasion de vérifier cette hypothèse, et, chez le sujet d'une de nos observations, nous avons excisé la fistule et nous l'avons confiée à notre éminent ami, le Professeur Letulle. Nous transcrivons intégralement la note qu'il nous a remise : « La couche interne qui limite la lumière du canal est un revêtement pavimenteux (fig. 1 et 2) contenant une

douzaine de strates d'épithéliums malpighiens, tous pourvus encore de leurs noyaux. Les crénelures interprotoplasmiques qui relient les unes aux autres les cellules épithéliales normales sont très visibles. La couche la plus profonde de ce revêtement muqueux est formée de cellules cylindriques dépourvues de pigment. Elle repose sur un chorion (C. fig. 2) garni de prolongements papillaires d'aspect tout à fait normal. Le chorion proprement dit est peu vasculaire; il se confond, dans la profondeur, avec les bandes d'un tissu fibro-vasculaire dense qui compose l'enveloppe du conduit fistuleux. Ce tissu fibreux, continu, régulier, est pauvre en fibres élastiques; il est occupé, de place, en place, par quelques cavités kystiques amples et vides, ou du moins ne contenant que quelques gouttes d'un liquide albumineux dépourvu d'éléments cellulaires. La paroi de ces kystes (K. fig. 1 et 2) est constituée par un revêtement unique de petites cellules épithéliales, cubiques pour la plupart, les autres étant presque cylindriques par endroits. Autour de ces kystes le tissu fibro-vasculaire est quelque peu condensé parallèlement à la poche qu'il circonserit. » Et notre collègue conclut : « Ces détails permettent d'affirmer qu'il s'agit ici, non d'une fistule cicatricielle, reliquat épithélialisé d'un ancien foyer de suppuration, mais bien d'une *malformation* certaine et régulière de la région, d'une fistule *congénitale* d'origine dysembryoplastique, accompagnée de formations kystiques; celles-ci sont, de tous points, identiques aux kystes qui parsèment maintes fois les reins, le foie, l'œsophage, la glande pituitaire

ou le cerveau, chez des sujets porteurs ou non d'autres malformations congénitales. » On devine l'importance de cette constatation, et désormais il ne pourrait nous suffire, comme à Trélat de constater l'existence d'une de ces fistules sèches pour conclure à l'origine syphilitique d'une recto-sténose, puisque, dans le seul cas où l'examen histologique d'une de ces fistules ait été fait chez nous, il s'agissait d'un rétrécissement congénital, ce dont Trélat lui-même eût convenu, puisque, dans l'espèce, le signe était des plus nets, qu'il considère comme caractéristique, le bord coupant de la membrane fibro-muqueuse sténosante. »

« Et combien s'explique alors la sécheresse de ces fistules. Combien s'en éclaire la pathogénie et combien il nous est aisé de comprendre que les mêmes troubles dysembryoplastiques qui ont présidé à la résorption incomplète de la cloison bi-muqueuse interposée aux deux cloaques, ont pu sévir sur les tissus voisins ! La fistule sèche devient une fistule congénitale, étroitement rattachée aux rétrécissements congénitaux, dont le tableau clinique s'enrichit d'un trait important ».

Le microscope, venu à l'appui des déductions cliniques avait ainsi réuni sous la même pathogénie congénitale le rétrécissement valvulaire et les fistules sèches.

Il importe néanmoins de ne pas faire montre d'un exclusivisme trop absolu. Il est vraisemblable qu'il existe des fistules s'ouvrant réellement, suivant l'opinion classique au-dessus du rétrécissement et dues à des phénomènes de péricrectite. Mais nous saurons désormais qu'elles sont loin de répondre à l'universalité des faits et

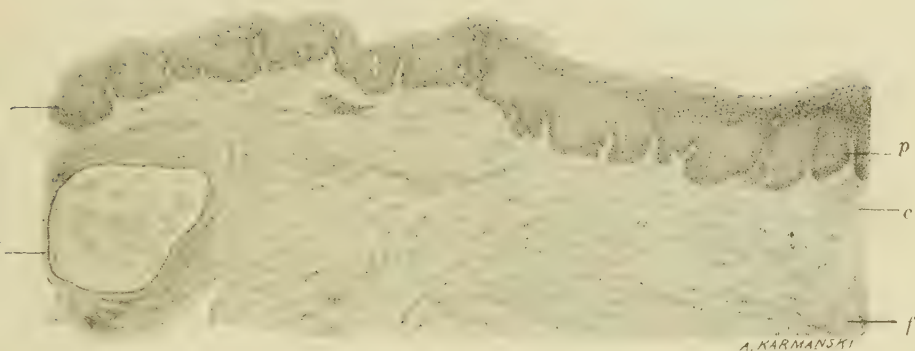


Figure 1. — *Fistule congénitale de la région anale*. Grossissement : 20/1.

e, couche épithéliale, formée d'éléments pavimenteux stratifiés, identiques à ceux composant la muqueuse malpighienne quelconque; *p*, papilles du derme, nombreuses et normales, s'enfonçant dans les strates épithéliales saines; *c*, chorion de la muqueuse, quelque peu fibreux, étendu régulièrement au-dessous du revêtement épithélial; *f*, tissu fibreux, sous-jacent à la muqueuse normale qui s'est creusé une voie dans l'épaisseur du tissu fibreux sous-cutané de la région anale; *k*, un kyste congénital, développé dans la profondeur du tissu fibreux sous-muqueux.

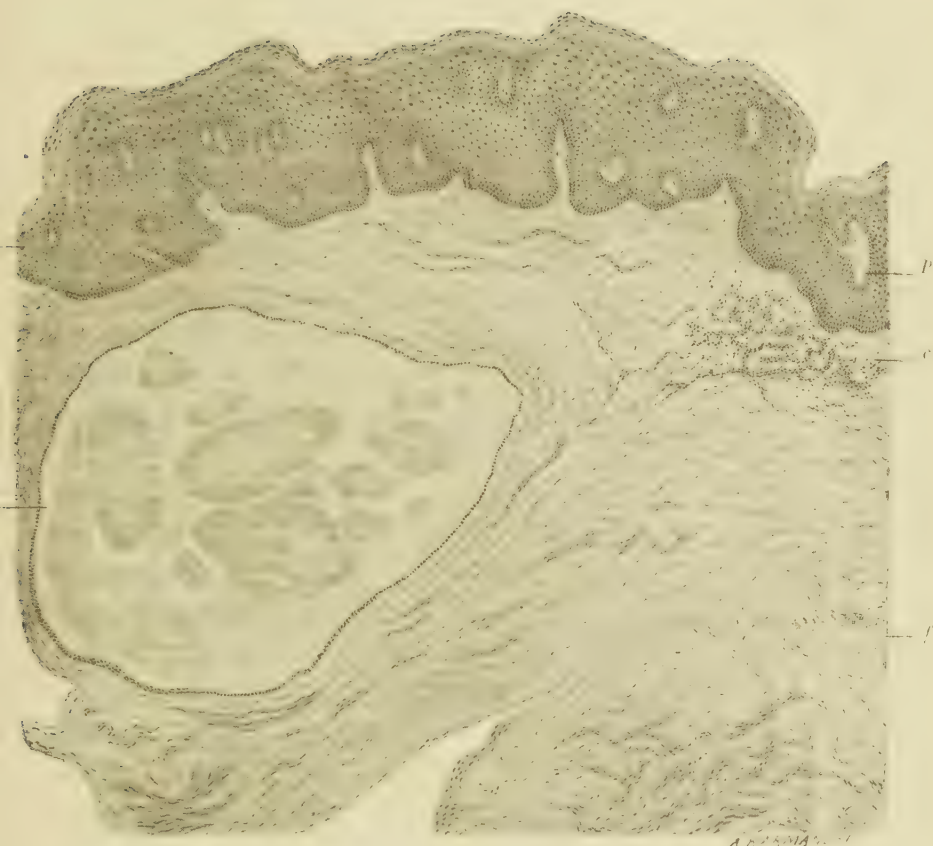


Figure 2. — Muqueuse dysembryoplasique développée dans les couches profondes de la peau de la région anale (détails de la figure précédente) Grossissement : 60/1.

e, épithélium de revêtement, identique aux couches pavimenteuses stratifiées d'une muqueuse épigienne quelconque; p, corps papillaires, munis de vaisseaux pénétrant dans la profondeur du revêtement épithélial; c, le chorion, un peu dense, parcouru par quelques îlots leucocytaires infiltrés dans les mailles du tissu interstitiel; f, tissu fibreux sous-muqueux, dense et vasculaire, étendu au-dessous de la muqueuse dysembryoplasique formée dans l'épaisseur des parties molles de la région de l'anus; k, un kyste congénital, limité par un revêtement épithélial unique, dont les éléments sont de forme diverse, et régulièrement implantés. Le contenu du kyste est purement albumineux.

qu'il faut toujours penser en présence d'un rétrécissement congénital aux fistules congénitales. Il n'est pas douteux qu'elles représentent une grande partie des fistules décrites comme banales dans les observations anciennes : la perplexité dans laquelle elles avaient jeté le Professeur Tillaux en est une preuve. Il n'est pas douteux non plus que mieux observées à l'avenir, les cas qui en seront rapportés seront de plus en plus nombreux.

Il est donc utile de bien les connaître. Leur orifice cutané est quelquefois difficile à découvrir; il n'est « ni déprimé, ni soulevé, à fleur de peau », c'est une « sorte de petite fente nette, régulière, comme à l'emporte pièce, longue de trois à quatre millimètres et dont le bord libre a l'aspect semi-lunaire d'une petite valvule »; il peut être parfois caché à la base d'un condylome; il ne laisse sourdre « ni sérosité, ni pus », et se continue par son revêtement épidermique marginal avec le trajet; celui-ci est court, son calibre est souvent large, il est uni, sa paroi régulière est revêtue d'épithélium; il chemine superficiellement sous la muqueuse du canal sphinctérien; la fistule peut être borgne, c'est-à-dire se terminer en cul de sac après un trajet plus ou moins court : dans ce cas il n'y a pas d'orifice rectal; quand elle est complète, cet orifice est situé, ainsi que nous l'avons vu, au niveau et plus souvent au-dessous du rétrécissement : c'est là encore une petite fente valvulaire et nettement épithélialisée. Quand nous rencontrerons chez un sujet porteur d'une bride rectale une semblable fistule, — un plus grand nombre même, car elles

peuvent être plusieurs, — nous saurons quelle étiquette leur attacher, avant même que n'intervienne une démonstration microscopique.

Complications inflammatoires. — Nous avons donné précédemment la description du rétrécissement congénital type, non compliqué. Nous venons de faire sortir du cadre des complications inflammatoires un certain nombre des fistules qui peuvent l'accompagner et nous les avons rattachées à la même cause dysembryoplastique qui donne naissance à la sténose elle-même. Il nous reste à voir maintenant les complications véritablement inflammatoires qui viennent presque toujours se greffer sur le rétrécissement, modifient sa structure, lui donnent une physionomie spéciale et le font passer de l'état latent dans le domaine de l'observation.

Ces lésions ne sont pas particulières aux sténoses congénitales; elles leur sont communes avec tous les rétrécissements du rectum et en particulier avec les rétrécissements inflammatoires.

Leur pathogénie s'explique aisément : elle est sensiblement identique à celle qui intervient dans les rétrécissements des différents organes. C'est à la stase des matières, à la dilatation qui, accrue par cette stase, la favorise à son tour, aux phénomènes congestifs qui activent le développement de colonies microbiennes que l'insuffisance du drainage entretient et localise; c'est à tous ces facteurs, qui s'influencent l'un l'autre que sont dues ces complications.

Au niveau du rétrécissement, transformation fibreuse. Le diaphragme s'épaissit, sa muqueuse s'ordématie, ses faces deviennent moins lisses ; sa consistance, autrefois souple, devient plus dure, résistante ; son orifice se laisse moins facilement distendre.

De part et d'autre du rétrécissement, la portion du rectum qui lui sert de base participe à cette sclérose.

Au-dessus de lui, le rectum s'est dilaté, la muqueuse s'est ulcérée, la rectite s'est déclarée, donnant lieu à une sécrétion muco-purulente et quelquefois hémorragique, qui a souvent été prise pour de la dysenterie, particulièrement par Garsaux, qui, la considérant comme primitive, en faisait la cause du rétrécissement.

Ces ulcérations voisinent avec des végétations qui prennent souvent un développement remarquable, donnant lieu alors à une forme de rectite spéciale, connue depuis longtemps sous le nom de *rectite proliférante*, et qui n'est aucunement liée comme on l'a cru longtemps, aux seules lésions d'origine vénérienne : P. Harmonie reconnaissait en effet déjà, dans sa thèse de 1885 sur la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne, « qu'une cause locale irritative ne méritant à aucun « titre d'être appelée vénérienne peut exercer une action « analogue à celle des causes vénériennes ». Cette forme particulière n'est en somme qu'un degré plus avancé de la rectite simple, « la prolifération n'est qu'un caractère secondaire et surajouté ».

Ces « végétations noueuses, plus ou moins pédiculées, ces saillies villeuses en massue », de forme essentiellement irrégulière, de consistance ferme, « atteignent sou-

vent le volume d'une grosse noisette ». Elles envahissent l'ampoule rectale, où le doigt peut les sentir après avoir franchi l'orifice rétréci, mais encore la face supérieure et le bord libre du rétrécissement, sur une étendue variable. Elles peuvent dans certains cas acquérir une densité et un volume considérable, ainsi que le remarque M. Delbet, et dans ces cas simuler le cancer. Mais l'erreur est facile à éviter, car si ces végétations sont suintantes, elles ne sont pas comme les végétations épithéliomateuses friables et hémorragipares; elles sont même assez souvent râpeuses en raison d'une certaine kératinisation de l'épithélium : la clinique seule, indépendamment de tout examen microscopique, permet donc d'éviter cette confusion.

La muqueuse qui tapisse les intervalles de ces saillies papillomateuses peut être saine ou ulcérée; ce sont ces ulcérations qui donnent naissance aux suintements hémorragiques et quelquefois à des hémorragies véritables.

Il ne paraîtra pas étonnant dès lors qu'une pareille rectite puisse, dans certain cas, amener à la longue le développement d'un véritable rétrécissement inflammatoire. Et c'est ainsi que peut se réaliser la coexistence, au-dessus d'une sténose valvulaire, d'un rétrécissement inflammatoire ayant tous les caractères qui sont propres à cette forme, et il faut en être informé pour éviter dans un sens ou dans l'autre, de conclure à l'identité de leur nature et de leur origine. L'impossibilité de franchir avec le doigt l'orifice valvulaire peut n'amener du reste cette découverte qu'à la suite d'une interven-

tion. Nous rapportons plus loin en exemple de cette coexistence, une observation de M. Souligoux et celle de M. Marcille paraît véritablement avoir été prise sur un cas en tous points analogue.

Au-dessous du rétrécissement, il est rare que la muqueuse soit aussi atteinte; si le passage constant des sécrétions purulentes entretient toujours à ce niveau un certain degré d'inflammation et de rectite, il est rare qu'elle soit le siège d'ulcérations et de végétations semblables à celles qui siègent au-dessus de la sténose; il est exceptionnel qu'elle soit seule frappée.

Nous signalerons enfin que la surface cutanée avoisinant l'anus, peut, sans doute en raison du même flux septique, être parfois le siège de condylomes, et que dans un cas de M. Reclus, la base d'un de ces condylomes masquait l'ouverture d'une fistule congénitale.

CHAPITRE V

SYMPTOMES CLINIQUES. EVOLUTION.

La symptomatologie est le chapitre qui a été le plus négligé par les auteurs qui se sont occupé du rétrécissement congénital ; elle occupe, dans les ouvrages classiques quelques lignes à peine, quand elle n'a pas été délibérément omise. Nous diviserons avec M. Piquand l'évolution ordinaire de la maladie en trois périodes : 1^o période de latence absolue ; 2^o période de constipation ; 3^o période d'inflammation.

A. Période de latence complète. -- Il est assez rare que le rétrécissement congénital du rectum se révèle à la naissance, même quand sa lumière est très réduite : le méconium et les matières du nourrisson sont tellement liquides que leur passage au dehors ne s'en trouve pas entravé. Il faudrait faire chez le nouveau-né un examen rectal systématique, peu praticable dans les services d'accouchements, et encore est-il hors de doute qu'en raison de leur élasticité et du peu d'étroitesse de certains, nombre de rétrécissements pourraient à ce moment passer inaperçus.

Chez le jeune enfant, on conçoit néanmoins qu'un

rétrécissement plus serré, ne ménageant aux excréta qu'un passage très restreint puisse, sous l'influence du changement d'alimentation qui intervient alors et donne aux matières une consistance plus grande, se révéler de façon précoce. C'est dans de pareils cas que Bœckel a signalé plusieurs cas de prolapsus. Mais ces accidents du rétrécissement congénital chez l'enfant, d'ailleurs très rares, sortent du cadre de notre travail et nous les mentionnons simplement.

Nous avons vu déjà que c'est à un âge plus avancé que s'observent le plus souvent les sténoses congénitales, et nous avons trouvé les raisons de ce paradoxe apparent dans ce fait que, pendant l'enfance et la plus grande partie de l'âge adulte, le rétrécissement garde sa souplesse, son élasticité, et que la musculature intestinale, suffisamment énergique, permet à ses contractions de vaincre aisément l'obstacle apporté au cours des matières.

Cette « compensation » du rétrécissement peut au reste se prolonger davantage encore, et même durer toute la vie. Il y a longtemps déjà que M. Le Dentu a signalé un cas de rétrécissement passé inaperçu pendant toute l'existence et découvert seulement post mortem : il est fort probable que cette latence prolongée n'est pas un fait exceptionnel.

Quoiqu'il en soit, et pour rester dans la généralité des faits, la moyenne de quarante ans, que nous avons donnée déjà, étant adoptée comme marquant la durée de cette période de silence, plusieurs hypothèses peuvent se présenter.

a) L'affection passe inaperçue, aucun symptôme n'ayant attiré l'attention sur le rectum : c'est le cas ordinaire. L'absence absolue de tous symptômes est en effet la condition même de cette phase de latence.

b) Cependant, chez un pareil sujet, au hasard d'un examen médical pratiqué pour une raison quelconque, la lésion peut cesser d'être virtuelle. Soit qu'un examen général de tous les organes soit nécessité par un état pathologique, ou demandé pour une assurance, pour l'admission à un emploi demandant des aptitudes physiques particulières; soit qu'il survienne une lésion de voisinage susceptible d'être éclairée par ce moyen; soit que ce soit de la part du médecin une pratique constante, — le *toucher rectal* peut être pratiqué. Le diagnostic est alors très facile : le rétrécissement congénital s'offre au doigt explorateur avec tous les caractères typiques que nous lui avons décrits : sa forme spéciale en diaphragme, croissant ou bride, sa minceur, son élasticité, ses parois lisses, son bord libre tranchant, net et régulier, son siège ordinaire à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anus, l'intégrité des parois du rectum : aucune autre sténose rectale ne présente un tel syndrome. En pareil cas, la constatation d'une sténose valvulaire est une trouvaille pour le médecin, en même temps qu'une révélation pour le malade.

c) Enfin, dans certains cas l'attention peut être attirée dès cette période par l'existence d'une *fistule*. C'est sur de semblables malades que Tillaux a trouvé à l'exploration du rectum nombre de ces « rétrécissements partiels » qui n'avaient jusque là donné lieu par eux-mêmes

à aucun symptôme. Aussi a-t-il mis en relief tout spécialement la coexistence fréquente de ces deux lésions et accordait-il à la fistule une véritable valeur révélatrice pour le diagnostic des brides rectales. Nous ne pouvons qu'insister après lui sur la nécessité qui s'impose d'une exploration soigneuse du rectum en présence de toute fistule de la région, et bien plus spécialement encore s'il s'agit d'une de ces fistules dont nous avons donné plus haut les caractères bien spéciaux, qui les séparent nettement des fistules inflammatoires et les lient avec le rétrécissement lui-même d'un lien étroit de parenté pathogénique. Cet examen soigneux, guidé par un esprit prévenu, permettra de ne pas laisser échapper un rétrécissement souple ou peu saillant, ou d'éviter de le confondre avec un sarcocèle de la muqueuse; négliger l'exploration du rectum et conclure d'emblée à une fistule simple serait, en pareille occurrence, une grave faute. Là encore nous retrouverons au bout du doigt le rétrécissement congénital type dont nous avons développé et venons de résumer les principaux caractères; si la fistule est complète, on trouvera seulement en outre son orifice interne dans le canal sphinctérien : nous ne reviendrons pas sur ses caractères.

B. Période de constipation. — Cette période succède à la précédente lorsque le rétrécissement devenu fibreux et inextensible oppose une barrière importante au passage des matières. Les symptômes deviennent très analogues à ceux d'un rétrécissement acquis.

L'attention est attirée du côté du rectum par l'établis-

sement d'une constipation opiniâtre : les garde-robe ne se produisent plus qu'à plusieurs jours d'intervalle, trois, quatre, cinq jours et plus, demandent des efforts prolongés et s'accompagnent souvent de douleurs plus ou moins vives. Le malade a cherché souvent à lutter contre elle par des purgatifs de toute sorte ou par des lavements qui s'accompagnent parfois d'une certaine difficulté dans l'introduction de la canule. Cet état peut se compliquer d'épreintes, de besoins répétés et impérieux suivis de selles très peu abondantes, de pesanteur et assez souvent de ballonnement du ventre très marqué dans quelques cas.

Cette constipation est entrecoupée de débâcles diarrhéiques abondantes, rebelles. Ces débâcles produisent souvent un soulagement notable, et le ballonnement du ventre, quand il existait, disparaît.

Puis la constipation se réinstalle avec les mêmes troubles jusqu'à la débâcle prochaine. Ces alternatives de rétention stercorale et de diarrhée sont très caractéristiques.

En même temps, dans les rares selles qui se produisent pendant les périodes de constipation, on peut constater que les matières se modifient dans leur forme, deviennent plates, rubannées, triangulaires, ou encore effilées ou ovillées.

C'est d'ordinaire à cette période que le diagnostic est fait; il est généralement facile : les symptômes fonctionnels attirent tous nettement l'attention sur le rectum, et le toucher rectal montre la nature du rétrécissement. Dans quelques cas de rétrécissements très durs

et fibreux, on pourrait penser à un rétrécissement acquis, mais le siège, la forme en diaphragme, bride ou valvule, la persistance d'un rebord tranchant permettront toujours aisément le diagnostic.

C. Période d'inflammation. — Cette dernière période est caractérisée par l'apparition des phénomènes de rectite dont nous avons étudié ci-dessus la pathogénie et l'anatomie pathologique.

A cette période, les signes précédents marquent une intensité plus grande : les selles deviennent plus rares et plus douloureuses : le malade qui les espère, les redoute en même temps ; les matières sont striées de sang, semées de glaires, enrobées de sérosité muco-purulente. Dans leur intervalle, il se fait par l'anus des suintements sanguinolents ou des écoulements blanc-jaunâtres à odeur fétide, souvent très abondants : quelquefois même il peut se produire de véritables hémorragies rectales.

A une période avancée, presque toujours l'état général s'altère, le malade maigrit, prend un aspect émacié, le teint devient terreux, jaunâtre, le foie fonctionne mal ; il y a presque toujours de la fièvre : une véritable cachexie s'installe et progresse.

Au début de cette période, tant que les lésions inflammatoires sont peu prononcées, le diagnostic reste facile : le toucher rectal montre encore la forme caractéristique du rétrécissement : croissant, valvule ou diaphragme, limitant un orifice que le doigt peut franchir, et au-dessus duquel on trouve une muqueuse enflammée,

épaissie et végétante. Plus tard, le bord tranchant révélateur du rétrécissement congénital disparaît sous les mamelons et les replis que développent dans la muqueuse les phénomènes inflammatoires. Le toucher devient difficile et douloureux : le doigt qui ne peut plus franchir l'orifice du rétrécissement a seulement la sensation d'un canal rétréci tapissé par une muqueuse enflammée et végétante, qui simule absolument le rétrécissement inflammatoire ou la rectite proliférante.

A ce moment le diagnostic devient très difficile.

Parfois, comme dans l'observation qui sera citée plus loin, l'âge, l'amaigrissement et l'état cachectique, les hémorragies et les pertes fétides feront penser à un cancer du rectum.

Plus souvent on diagnostiquera un rétrécissement inflammatoire, ou une rectite simple, sans reconnaître l'origine congénitale des accidents.

Cependant le diagnostic est presque toujours possible, mais, pour le faire, un examen minutieux est indispensable; et cet examen ne pourra être bien fait qu'en asthésiant soigneusement l'anus et la partie inférieure du rectum de façon à supprimer toute douleur et toute contracture. L'anesthésie locale à la cocaïne ou à la novocaïne-adrénaline sera ici le prélude de toute exploration sérieuse. Cette anesthésie étant bien faite, le doigt sentira toujours, au moins sur un point, là où la muqueuse est le moins turgescente, le bord tranchant du rétrécissement congénital. Ce bord caractéristique se sentira d'autant mieux que la solution anesthésiante aura fortement, en la décongestionnant, diminué le gonfle-

ment de la muqueuse grâce à ses principes vaso-constricteurs.

Indépendamment de cette sensation caractéristique, le diagnostic se basera :

a) Sur le siège du rétrécissement : quand on a reconnu une sténose siégeant juste à la limite du trajet sphinctérien, à 3 ou 4 centimètres environ au-dessus de l'anus, il ne peut guère être question d'autre chose que d'une sténose congénitale. Il est vrai que l'on a noté parfois une hauteur de 4 ou 5, et même 6 et 7 centimètres; mais outre que ces cas ne sont pas fréquents, il ne faut pas oublier qu'il y a lieu de tenir compte de la stature de l'individu, de la conformation plus ou moins infundibuliforme de l'anus, et qu'il faut mesurer, non la hauteur de l'orifice qui se laisse facilement refouler en haut par le doigt quand la valvule est élastique, mais le lieu où s'insère sur le rectum la base de la membrane sténosante : cette dernière appréciation est assurément plus difficile, c'est pourquoi elle demande à être effectuée avec le plus grand soin.

b) Sur l'existence fréquente de fistules sèches : ainsi que nous l'avons vu, quand sur un sujet porteur d'une sténose rectale, on découvre une fistule à trajet court, s'ouvrant dans le rectum *au-dessous* du rétrécissement, de dimensions larges, de surface unie, s'ouvrant à la peau par une fente nette et régulière qui ne donne naissance à aucune sécrétion, il est infiniment probable qu'il s'agit là d'un rétrécissement congénital.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les auteurs classiques réservent au rétrécissement du rectum un pronostic fort sombre : « grave par lui-même, nous dit Trélat, grave par les accidents mortels qu'il peut entraîner, et grave aussi par le traitement qu'il nécessite ». L'ancienneté de la maladie entraine du reste pour une large part en ligne de compte : « cette affection est d'autant plus grave par elle-même et par la thérapeutique qu'elle réclame qu'elle est plus ancienne ». Mais, de toutes façons, ressortait cette gravité des interventions sur le rectum, à laquelle une thérapeutique encore mal établie donnait de fait une justification fréquente : deux morts sur cinq cas, dont une à la suite d'une simple tentative de dilatation, tel est le bilan donné par Trélat pour ses cas personnels.

Aujourd'hui, ce pronostic est considéré comme moins sévère. Assurément, il faut faire une différence entre celui qu'il appartient d'attribuer à une valvule encore souple, reconnue de bonne heure, alors qu'elle n'aura donné lieu qu'au minimum de troubles, et celui que comporte une sténose ayant un passé déjà ancien de

troubles fonctionnels et de complications inflammatoires reproduisant le tableau qui répond à la troisième période évolutive. Certes la pureté des lésions, l'intégrité du rectum, la conservation de l'état général sont des circonstances favorables. Mais, même lorsqu'il existe des phénomènes inflammatoires importants, la guérison est aujourd'hui de règle, à condition que le diagnostic soit posé, le traitement convenable institué et judicieusement pratiqué.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Dilatation suivie souvent de la rectotomie il y a vingt ans, extirpation du rectum sténosé précédée d'un anus artificiel de nos jours, tel est le fond de la thérapeutique suivie jusqu'à présent dans les sténoses du rectum. Si les éléments au point de vue du pronostic étaient médiocres dans le premier cas, « l'intervention plus mutilante, plus dangeureuse » pratiquée dans le second n'a pas donné pour cela, si nous nous rangeons à l'avis de M. Reclus, de résultats meilleurs : c'est à lui qu'est dû le retour à la première méthode, non plus telle que la pratiquaient Gosselin, Broca, Trélat, Verneuil, mais renouvelée suivant une technique précise qui réunit à une parfaite innocuité opératoire la plus grande perfection des résultats thérapeutiques.

Si les rétrécissements acquis restent justiciables d'une extirpation toujours grave et d'efficacité inconstante, il n'en devient que plus important de poser de façon précise le diagnostic de rétrécissement congénital puisqu'un traitement simple permet de le guérir et de faire disparaître les accidents inflammatoires qui le compli-

quent : la sûreté du diagnostic est donc d'une importance capitale.

Une fois qu'il aura été solidement établi, il y aura lieu de tenir compte de l'état des lésions. Pour un rétrécissement souple et exempt de troubles inflammatoires, la dilatation pourra être un peu plus rapide, être d'emblée instrumentale et suffira dans certains cas sans qu'il soit besoin de faire intervenir la rectotomie. Mais dans les rétrécissements fibreux, compliqués, avec propagation de l'inflammation aux tuniques rectales, un très grand luxe de précautions devient nécessaire si l'on veut éviter les accidents graves qui se produisaient jadis et rendaient redoutables dans des cas pareils des interventions en apparence bénignes.

Si donc l'on se trouve en face d'une sténose aux premières phases de son évolution, et l'intervention étant décidée, le toucher rectal sera pratiqué tout d'abord avec douceur et précision, et reconnaîtra la topographie des lésions, les dimensions et l'emplacement de l'orifice; quelquefois il demandera à être fait dans la position de la taille qui rend plus facile l'exploration de la paroi postérieure du rectum, lieu d'insertion le plus fréquent de la bride valvulaire. Généralement en effet ces rétrécissements sont dans ces cas peu ou pas douloureux, et leur exploration pourra précéder l'anesthésie. Cette anesthésie locale peut se faire à l'aide de cinq ou six tampons de volume croissant successivement introduits à une profondeur plus grande dans le canal ano-rectal; imbibés chacun d'une solution de cocaïne à 1 pour 1000 ou de la solution novocaïne-adrénaline de

Reclus, ils seront laissés à demeure cinq ou six minutes. L'on pourra pendant ce temps enduire avec soin chaque bougie de Hegar de la pommade « analgésique, hémostatique et antiseptique » de Reclus, et les tampons retirés, procéder à la dilatation proprement dite. On pourra débiter généralement par le n° 9; on passera ensuite le n° 10, le 11, le 12, parfois plus. Mais, à la première sensation de résistance très nette, il y a lieu de remettre à une séance ultérieure la suite de l'opération. Celle-ci comportera la même technique, en débutant par les derniers numéros déjà passés pour continuer par des numéros plus forts : trois ou quatre séances suffisent de la sorte en général pour arriver au n° 24 qui peut servir de terme à la dilatation. Mais il peut se faire cependant qu'à un moment donné de la dilatation déjà avancée, la résistance à l'introduction des bougies augmente au point que celles-ci ne puissent passer qu'au prix de très vives douleurs. Ces cas répondent aux rétrécissements qui ont déjà subi un commencement de sclérose ou de légères complications inflammatoires : la rectotomie devra alors intervenir. Pour y procéder, l'on conduira « sur le doigt introduit dans le « rétrécissement un bistouri boutonné dont deux ou trois « centimètres de lame tout au plus seront à découvert; « le reste aura été recouvert par une bandelette de dia- « chylum; puis on fait en trois ou quatre endroits diffé- « rents, sur les points les plus saillants du rétrécisse- « ment une petite incision de 1 à 2 millimètres tout au « plus, et l'on fait bientôt passer une nouvelle série de « bougies de Hegar », jusqu'à ce que la sensation de

résistance se reproduise à nouveau. On renouvellera alors dans la séance suivante les petites encoches au bistouri sur le pourtour de la bride, qui finit par se présenter sous la forme d'un bourrelet. A la fin de chaque séance, il est utile de pratiquer avec une sonde à double courant une irrigation de deux litres d'eau goudronnée coaltarisée à 50° sur les tissus irrités. Puis le patient apprendra à se sonder lui-même et passera tous les quinze jours le 21 et le 22, le 23 et le 24 de la filière de Hegar : il s'assurera ainsi le bénéfice de la dilatation et n'aura pas de récidives à redouter. Une quinzaine de jours suffira en général pour ce traitement.

Dans les cas où le rétrécissement valvulaire se trouve aggravé de complications sérieuses de rectite simple ou proliférante, un redoublement de précautions et de douceur sera nécessaire. La dilatation manuelle devra en particulier précéder toujours la dilatation instrumentale sur ces tissus enflammés. Monsieur Reclus a décrit avec un grand luxe de détails la technique qui lui a donné dans ces cas les résultats les meilleurs ; aussi reproduirons-nous presque fidèlement son exposé.

« Il faut se rappeler, dit-il, que ces malades souffrent et que notre premier examen décidera de la confiance qui nous sera accordée. Nous ne pratiquons donc le toucher rectal qu'avec une infinie douceur et après avoir anesthésié la muqueuse rectale. Commencez par introduire posément dans l'anus qu'étaient les mains d'un aide le bout mousse d'une petite sonde de caoutchouc rouge, bien vaselinée pour ne pas « accrocher » au passage, et grâce à elle,

« poussez par une seringue de Pravaz dans le trajet
« sphinctérien et dans l'ampoule rectale à trois ou quatre
« reprises, espacées chacune par un intervalle de trois
« à quatre minutes, trois à quatre centimètres cubes de
« notre solution de novocaïne-adrénaline. »

« En douze minutes à un quart d'heure, notre injection est terminée. Nous devons attendre encore et nous pénétrons alors dans l'anus en priant le malade de « pousser » lui-même comme s'il voulait aller à la selle tandis que notre index bien enduit de notre pommade antiseptique hémostatique et analgésique, va moins à la rencontre de la valvule sténosante que celle-ci ne s'avance vers lui. On l'explore, on reconnaît le bord tranchant, du diaphragme que recouvre trop souvent une muqueuse congestionnée, et lentement, progressivement, sans à-coup, d'une façon soutenue et ferme ; on insinue la pulpe dans l'orifice qu'on élargit peu à peu, très peu dans cette séance. On essaie d'en profiter pour porter au-dessus de la coarctation, sur la muqueuse de l'ampoule quelques centimètres cubes de novocaïne-adrénaline dont vous connaissez la double action, à la fois anesthésiante et antiphlogistique, tâchant, au bout de quelques minutes, de faire pénétrer le bout de l'index au travers de l'anneau fibro-membraneux déjà plus ouvert. Tenez-vous en là : ne forcez rien, car vous devez moins commencer la dilatation qu'obtenir la confiance de votre malade ».

« Pour peu qu'il soit un peu fatigué, ne recommencez que le surlendemain, avec les mêmes précautions, la

« même lente anesthésie de la muqueuse au-dessous et
« au-dessus du rétrécissement, et déjà vous aurez chance
« de constater une amélioration » : régression des
phénomènes inflammatoires, décongestion de la mu-
queuse, possibilité d'introduire sans trop de difficulté
le bout de l'index. Dès ce moment l'on est à même de
pratiquer le second temps de l'opération, la recto-
tomie : « glisser à plat sur l'index intra-anal la lame
étroite d'un bistouri boutonné et la retourner lentement,
son tranchant rencontre le tranchant de l'arête vive
tendue et qui va d'elle-même s'entailler d'une encoche
de deux ou trois millimètres ; on recommence deux ou
trois fois dans les points propices. Mais pour cette
séance autant que pour la précédente, recourez aux
larges applications des anesthésiques et des antiphlo-
gistiques qui comptent autant et même plus que les
manœuvres opératoires : elles constituent la pierre
angulaire de notre intervention. Pas une goutte de sang
ne s'écoule, moins à cause de l'hémostase que de la
médiocre vascularisation du bord libre de la valvule ».

« Le mieux est de se contenter encore, le lendemain
et le surlendemain, de la dilatation digitale qui, grâce
aux petits débridements marginaux, va faire des progrès.
Après la première phalange de l'index, on introduit la
seconde, puis le médius plus gros, puis le pouce, et ce
n'est qu'au bout de deux ou trois fois vingt-quatre heures
que, sur les parties saillantes du bourrelet valvulaire,
le plus souvent en arrière et sur les côtés, on pratiquera
deux ou trois encoches nouvelles ».

« Et c'est alors seulement que nous substituons les

bougies de Hegar à nos doigts, qui ne sont plus assez volumineux pour être utilisés à cette période. » La dilatation à l'aide de ces bougies sera pratiquée comme précédemment et accompagnée de badigeonnages à l'adrénaline au millième et à la teinture d'iode; arrivée aux numéros 23 et 24 inclus, elle sera jugée suffisante et le malade recevra pour consigne de passer tous les quinze jours au moins ces deux calibres; il lui sera recommandé de pratiquer en même temps une injection d'eau chaude additionnée d'un peu de tannin.

Cette technique on le voit ne diffère pas pour le principe de la précédente, elle s'en distingue seulement par une recrudescence de soins, par la nécessité constante de la rectotomie, précédée de la dilatation manuelle et suivie par la dilatation instrumentale. La durée moyenne du traitement est de vingt à trente jours environ.

C'est par ce traitement simple et bénin, ne nécessitant qu'un repos relativement court, que le cours des matières se rétablit normal, que le malade peut aller à la selle « sans douleur, sans effort et sans perte de sang », mais aussi que la leucorrhée fétide se tarit et que disparaissent la congestion et les bourgeonnements de la muqueuse.

Quant aux résultats lointains de ce traitement, on peut sans conteste affirmer leur supériorité, puisque, plusieurs mois après, et même avec une absence complète de soins ultérieurs dans certains cas, le rectum reste exactement calibré chez l'un des malades qui y fut soumis et qui fut suivi le plus longtemps par

M. Reclus, la coarctation ne présentait sept ans après, en 1913, aucune tendance à se reproduire.

Peut-être cependant, dans quelques cas où les complications inflammatoires seraient *très graves et très anciennes*, ce traitement ne suffirait-il à assurer dans de bonnes conditions la guérison de lésions trop invétérées. Pour ces cas, il nous paraîtrait indiqué, comme le propose M. le Dr Piquand, de diviser en quatre phases le traitement à leur appliquer. Faire tout d'abord un anus artificiel temporaire suivant les procédés classiques : cette intervention peut se faire en usant seulement de l'anesthésie locale, et elle rentre dans le cadre de celles que la chirurgie moderne est accoutumée de pratiquer avec succès chez des malades même très affaiblis. D'un instant à l'autre, la lésion rectale se trouvera ainsi mise au repos et l'évacuation des matières normalement assurée : l'on pourra dès lors soumettre le malade à une alimentation réparatrice et restaurer rapidement son état général compromis. — Outre ces avantages, l'anus iliaque aura celui-ci, qu'il permettra d'agir médicalement, d'une façon directe et dans les conditions les meilleures, sur la lésion déjà mise au repos et préservée des causes d'irritation constante qu'elle subissait avant. Par son orifice inférieur, on pourra faire en effet avec des solutions antiseptiques, astringentes, calmantes, de grands lavages de haut en bas qui assureront aux lésions rectales un nettoyage aussi parfait qu'il peut être. Nul doute que, sous leur influence, on verra rapidement la congestion et l'infiltration diminuer, la rectite et l'infection s'atténuer, les

hémorragies et les suintements se tarir, les douleurs disparaître. Au reste le temps ne sera plus mesuré, et cette seconde phase du traitement pourra être prolongée jusqu'à ce que l'on en ait obtenu le résultat maximum au double point de vue local et général. — Ces conditions les meilleures une fois réalisées, l'on entreprendra la dilatation progressive du rétrécissement accompagnée des badigeonnages à l'adrénaline et à l'iode, suivant la méthode que nous avons plus haut reproduite avec détails. — Quand la dilatation du rectum sera arrivée au terme suffisant, il ne restera plus désormais, qu'à restaurer l'ancien cours des matières en procédant à l'oblitération de l'anus contre nature.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous donnons ci-dessous sept observations récentes de rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum : les six premières sont celles de M. le Professeur Reclus, la dernière nous a été communiquée par M. le Docteur Piquand.

Nous avons jugé utile de les faire précéder de deux observations beaucoup plus anciennes, la première de Benoît (1846), la seconde de Bouisson (1851), tous deux de cette école Montpellier qui a mis en mouvement tout au début l'étude des sténoses congénitales du rectum, et d'une observation de MM. Souligoux et Lapointe, communiquée à la Société de Chirurgie en 1901.

Quant aux observations de Trélat et de Reynier, dont nous avons parlé, nous n'avons pas jugé utile de les reproduire ici : on les retrouvera tout au long dans la thèse de notre prédécesseur, le Dr Eug. Pailhès.

Observation I.

Rétrécissement valvulaire du rectum, situé à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus; incision; mort. — BENOIT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. *Journal de la Société de Médecine pratique de Montpellier.* 1846.

« Un homme de vingt-huit ans, cultivateur aux environs de Paris, qui avait constamment joui d'une bonne santé, fut pris, en 1840, de coliques d'abord légères et ne revenant qu'à intervalles assez éloignés. Peu à peu la douleur augmenta, les paroxysmes se rapprochèrent, il survint des vomissements, l'appétit diminua, les défécations devinrent rares et pénibles. Soulagé, dans les premiers temps, par les bains, les cataplasmes et les laxatifs, le malade ne trouva bientôt aucun moyen efficace à opposer à ses souffrances (juillet 1841). Dès ce moment les selles n'eurent lieu que tous les huit ou dix jours, et, au mois de janvier 1842, elles ne furent rendues qu'après dix-huit jours d'efforts et de souffrances atroces; les matières étaient le plus souvent dures, moulées, de la grosseur d'un marron, enveloppées de mucosités blanchâtres ».

« Ce malade fut admis le 20 avril 1842 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Breschet. Le doigt ayant été introduit par l'anus, on sentit à 3 centimètres de cette ouverture et à droite, une tumeur grosse comme un œuf de poule et d'une dureté considérable. Si le doigt la contournait, en suivant toujours le trajet du rectum, on découvrait à 7 ou 8 centimètres de l'anus un rétrécissement circulaire, comme fibreux, présentant une assez grande résistance, et laissant néanmoins pénétrer l'extrémité du doigt au moyen de l'élasticité dont il était doué (j'appellerai plus loin l'attention du lecteur sur cette élasticité, qui est propre aux rétrécissements de cette espèce). Lorsque le doigt avait pénétré dans cet anneau, on sentait les matières fécales dures et réunies en une masse compacte, et on découvrait facilement que la tumeur men-

tionnée plus haut était formée par une dépression latérale de l'intestin rempli de ces matières. M. Demarquay, auteur de la narration, MM. Breschet, A. Bérard, Récamier et Desprès furent unanimes pour diagnostiquer un rétrécissement valvulaire et fibreux ».

Une incision légère pratiquée avec un bistouri boutonné par M. Breschet n'eut aucun résultat satisfaisant : le malade fut pris de vomissements fécaloïdes et mourut le lendemain.

L'autopsie fit reconnaître : 1° des traces vives d'inflammation du péritoine; 2° une dilatation considérable de l'intestin en amont du rétrécissement; 3° une perforation du rectum au-dessus et un peu en arrière de la partie opérée, laissant librement pénétrer une sonde de femme.

Observation II.

Valvule congénitale du rectum; incision; guérison. — BOUIS-SON. *Vices de conformation de l'anus et du rectum.* Thèse de concours. 1851 :

« Marie C..., âgée de quarante ans, sans enfants, entrée à l'hôpital Saint-Éloi le 2 novembre 1847. Elle se plaignait d'une douleur au fondement et d'une constipation opiniâtre qui se terminait tous les dix ou douze jours par une débacle pénible; les excréments ne sortaient qu'à la condition d'avoir été ramollis ou liquéfiés, et ce résultat ne pouvait être obtenu qu'à l'aide de purgatifs ou de lavements de même nature qu'on ne faisait parvenir dans l'intestin qu'avec beaucoup de peine. Cette femme, déjà traitée plusieurs fois inutilement s'était décidée à venir à Montpellier chercher quelque secours contre une affection qu'elle avait toujours éprouvée, disait-elle, mais qui, depuis dix ans, la tourmentait de plus en plus. Elle prétendait qu'étant enfant on lui avait pratiqué une opération à l'anus, mais elle n'avait pu donner aucun renseignement précis sur ce point. A l'âge de vingt-cinq ans, on

lui avait enlevé une tumeur du sein gauche, qui n'avait point récidivé ».

« L'examen extérieur de la région anale n'offrant rien de particulier, je crus à l'existence d'une fissure profonde, et je prescrivis sans succès des applications belladonnées. J'étais disposé à inciser le sphincter, lorsque, par l'exploration du rectum avec le doigt, je distinguai un engorgement particulier dans le tissu de cet intestin. Comme il y avait lieu d'admettre la possibilité d'une affection vénérienne mal détruite, que, d'un autre côté, la tumeur du sein, enlevée depuis une quinzaine d'années, me donnait à penser qu'un travail de formation hétéroplastique pourrait bien se faire dans le rectum, je prescrivis de l'iode : les souffrances habituelles cessèrent, l'état général prit un aspect plus satisfaisant ; mais la constipation fut toujours difficile, laborieuse et accompagnée de douleur au moment de l'émission des matières. J'examinai alors de nouveau le rectum, et je m'aperçus que l'entrée de ce viscère était tout à fait libre. Il n'y avait plus cet engorgement inégal et ces saillies dures qui m'avaient paru de nature suspecte. Je poussai alors mon doigt plus profondément et je ne tardai pas à reconnaître, à une hauteur de 4 à 5 centimètres une valvule ou plutôt un diaphragme membraneux souple, mobile, pouvant être facilement refoulé avec le doigt et reprenant ensuite sa position première. Le centre de ce diaphragme, qui semblait clore par le haut l'ampoule rectale, était perforé d'une ouverture très petite, que le doigt ne pouvait franchir, et qui donnait la sensation d'un bord aminci, mais résistant et comme fibreux. Une sonde en argent, substituée au doigt, souleva la valvule en se rapprochant de sa circonférence, et son bec, ramené ensuite vers le centre, le franchit facilement. Je ne conservai plus aucun doute sur la nature de la maladie, et je me disposai à en affranchir cette malheureuse femme, qui accepta l'opération avec empressement ».

Incision en plusieurs sens jusqu'à la base avec un bistour boutonné; pansement avec une mèche; guérison au bout d'un mois.

Observation III

Traitement des rétrécissements du rectum par la colostomie temporaire et le cathétérisme du rectum de haut en bas par MM. SOULIGOUX et LAPOINTE. — Rapport par M. CHAPUT. p. 884. Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie 1901.

« L'observation de nos collègues peut se résumer de la façon suivante : Il s'agit d'une jeune fille de 29 ans, sans antécédents de syphilis, tuberculose, grossesse ou blennorrhagie ».

« En 1884, elle est atteinte de fièvre typhoïde. En 1886 débute une constipation opiniâtre ; en 1891 apparaissent du ténésme rectal, du muco-pus par l'anus, des végétations anales. En 1895 on constate, outre les végétations, une bride circulaire siégeant à 5 centimètres de l'anus ; plus haut on trouve une ampoule rectale à parois épaisses, recouvertes de saillies tubéreuses. Plus haut encore, l'index s'engage dans un canal étroit à parois épaisses dont on n'atteint pas la limite supérieure. On admet un rétrécissement congénital ayant favorisé le développement d'une rectite proliférante et sténosante ».

« En 1895, M. Souligoux enlève seulement les végétations. En 1897, il fait une tentative infructueuse de dilatation au moyen des bougies de Hegar. En 1899, en présence d'accidents chroniques, M. Souligoux lui applique le traitement ci-dessus » : anus contre nature, dilatation par des sondes introduites par l'orifice inférieur de cet anus contre nature, traitement qui avait été déjà appliqué par ce chirurgien dans un cas semblable dont il est parlé à la page 385 (séance du

3 avril) et qui s'était terminé par la guérison après fermeture de l'anus artificiel ».

Suit la discussion au sujet de ce traitement.

Observation IV

Le rétrécissement congénital du rectum par M. le Professeur PAUL RECLUS. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Presse Médicale, 11 janvier 1913.

« Un capitaine Roumain depuis quelques mois n'allait plus que difficilement à la selle; il avait des épreintes suivies d'écoulements glaireux et purulents. A la marge de l'anus, sous des condylomes, s'ouvraient deux fistules sèches et assez larges pour permettre l'introduction de sondes n^{os} 4 et 5; leur trajet était lisse et, cheminant sous la muqueuse, aboutissait au-dessous du rétrécissement. Celui-ci était constitué par une bride rappelant les cordages tendineux du cœur. Il siégeait à huit ou neuf centimètres au-dessus de l'orifice anal et la muqueuse était soulevée par des saillies, des mamelons durs, résistants, non ulcérés et abondants surtout à la paroi postérieure ». (Observation communiquée à la Société de Chirurgie)

Traitement : dilatation par les bougies de Hégar. Au bout de la quinzaine, l'état général et local s'était tellement amélioré que cet officier put regagner son pays.

Observation V (*Eodem loco*).

« Un Brésilien de 30 ans, vérolé et déjà cachectique. L'écoulement anal était d'une extrême abondance et les douleurs très vives. Le trajet sphinctérien était net, et au-dessus l'on trouvait à huit ou neuf centimètres un étranglement annulaire, un diaphragme ouvert à son centre, à muqueuse

tomenteuse, mais non ulcérée, présentant les caractères du rétrécissement congénital ». (Observation communiquée à la Société de Chirurgie).

Traitement : dilatation par les bougies de Hégar, rectotomie au bistouri boutonné. Le quinzième jour, la leucorrhée était presque tarie et le malade quittait l'hôpital.

Observation VI (*Eodem loco*).

« Un Portugais de 49 ans, dont le bilan morbide était des plus chargés : taré par la vérole, la fièvre jaune, la malaria, des troubles digestifs dès sa jeunesse, de la constipation opiniâtre, des écoulements de pus par l'anus, des hémorragies fréquentes, un amaigrissement progressif et de la cachexie, tel il était lorsque le Professeur Bouchard nous le confia. Localement nous constatons des marisques autour de l'anus, un trajet ano-rectal à muqueuse encore souple, mais râpeuse, comme la langue d'un chat. A l'union du trajet sphinctérien et de l'ampoule se trouve un rétrécissement annulaire, un diaphragme dont l'ouverture aurait permis à peine l'introduction d'un crayon; la muqueuse, dont le repli formait cette valvule, était épaissie, granuleuse, ulcérée, et le moindre contact y provoquait un écoulement sanguin; l'exploration était difficile à cause des douleurs et notre patient ne s'y soumettait qu'avec répugnance ».

Traitement : Dilatation par les bougies, rectotomie; mêmes résultats que dans l'observation précédente, mais un peu plus lents en raison des lésions plus invétérées.

Observation VII. (*Eodem loco*)

« Un fonctionnaire de 51 ans, d'une excellente santé habituelle fut atteint de pyélo-néphrite d'origine calculieuse; un

abcès s'ouvrit dans le rectum et provoqua une abondante évacuation de pus. Depuis ce moment, les selles, jusqu'alors normales, deviennent rubannées, enrobées de glaires et de sang, et leur expulsion s'accompagne de vives douleurs. Le Dr Furster de Montpellier, reconnaît un rétrécissement, et, à mon tour, je constate, à l'entrée de l'anus, quelques hémorroïdes flétries, un trajet sphinctérien un peu contracturé, mais recouvert d'une muqueuse saine, puis en arrière une valvule à bord tranchant qui limite un orifice de sept à huit millimètres. Au-dessus, la muqueuse était moins souple et douloureuse à la pression. Nous eûmes recours alors à notre traitement : dilatation digitale, rectotomie à encoches multiples, dilatation par les bougies de Hégar), et la guérison fut rapide. Le patient est de nos amis et nous le suivons depuis près de sept ans; la sténose ne s'est pas reproduite ».

Observation VIII. (*Eodem loco*)

« Cette année même, un bijoutier de 52 ans entre dans nos salles, le 10 mai, pour des troubles fonctionnels du rectum. Il aurait eu, six ans auparavant quelques écoulements sanguins attribués à des hémorroïdes et qu'il aurait oubliés si, vers cette époque, on n'avait reconnu, dans la région anale, l'existence d'une fistule sur l'origine et le développement de laquelle le malade ne peut nous donner de renseignement. Ces quelques tares ne troublaient guère notre homme, lorsque, il y a deux ans, il fut pris de crises opiniâtres de constipation suivies de débâcles diarrhéiques. C'est vraiment à cette époque que débutent les souffrances, et c'est pour les combattre qu'il se remet entre nos mains ».

« Dès notre premier examen, nous constatons, en dépliant les plis de l'anus, l'orifice d'une fistule située un peu en arrière et à droite et dont les caractères méritent d'être signalés : l'orifice externe n'est ni soulevé ni déprimé; on

voit à fleur de peau une sorte de fente nette, régulière, comme à l'emporte-pièce, longue de trois millimètres, et dont le bord libre a l'aspect semi-lunaire d'une petite valvule. Rien ne sort par cet orifice, ni sérosité, ni pus, et le revêtement épidermique marginal semble se continuer dans le trajet à surface unie et lisse. La fistule serait franchement « sèche » sans les matières diarrhéiques qui parfois passent par son canal et le souillent. L'introduction d'un stylet révèle du même coup sa largeur et sa brièveté : elle mesure deux centimètres à peine et son orifice muqueux, qui s'ouvre au-dessous de la sténose, est de même apparence que l'orifice cutané : il se présente comme une fente valvulaire et nettement épithélialisée ».

« Abstraction faite de cette fistule, l'orifice anal est correct, sans condylôme, sans ulcération ; le trajet sphinctérien est normal, mais après un trajet de deux centimètres et demi, le doigt butte contre un obstacle, une barrière incomplète, formée par une muqueuse tomenteuse, épaissie, comme boursouflée et où la pulpe exploratrice reconnaît un orifice frangé de fongosités mollasses et trop étroit pour admettre l'introduction de l'index. Or, en essayant de franchir cet anneau, nous constatons à droite, et comme s'il émergeait de la muqueuse congestionnée, un bord coupant, une arête vive d'une longueur de deux à trois millimètres au plus. A ce moment, pour nous, le diagnostic était fait et, ne nous laissant pas égarer par l'épisode aigu et probablement passager de ces phénomènes inflammatoires qui voilaient en partie la lésion, ces quelques millimètres de bord coupant nous permirent de reconstituer mentalement le diaphragme formé par un repli tendu à 3 centimètres environ au-dessus de l'orifice anal ».

Traitement par la dilatation digitale, la rectotomie à encoches multiples au bistouri boutonné, suivie de la dilatation par les bougies de Hegar. Guérison maintenue depuis plus de sept mois en 1913.

Observation IX (*Eodem loco*)

« Cette même année, le 14 novembre, entre dans nos salles une journalière de quarante ans, pour des douleurs abdominales et des troubles accentués de la défécation. Elle fut prise, il y a deux ans, de constipation opiniâtre, et, depuis, ne va plus guère à la garde-robe que tous les deux ou trois jours à la suite d'efforts prolongés : parfois les matières effilées, de forme triangulaire et de la grosseur du petit doigt, sont teintées de sang. Peu à peu ces phénomènes se sont accentués, les évacuations alvines sont devenues diarrhéiques; elles sont presque incessantes, et, dans leur intervalle, il sort par l'anus, surtout dans l'après-midi, un liquide d'odeur fétide et de couleur café au lait; en même temps des crises paroxystiques se succèdent qui, de la fosse iliaque s'irradient en arrière dans la direction du sciatique. Aussi, malgré l'appétit qui persiste, la malade a maigri, son teint devient terreux et la température se maintient aux environs de 37°8.»

« Nous trouvons, au niveau de l'orifice anal, en avant, sur la peau marginale, un condylome du volume d'un pois et à la base duquel on aperçoit, difficilement, en dépliant la peau, l'orifice étroit d'une fistule dont le trajet s'enfonce dans le périnée à une profondeur de 12 millimètres. Le stylet qui le parcourt, d'abord éloigné de l'anus, se rapproche du rectum, dont il n'est bientôt séparé que par la seule muqueuse. C'est donc une fistule borgne externe, différente de celle de l'observation précédente, par ce caractère et aussi par son étroitesse, mais, fait capital, elle aussi est sèche et l'épiderme marginal se continue sur sa paroi régulière et lisse. Nous pratiquons le toucher avec de grandes précautions, car la malade est très pusillanime, et, dès les premiers centimètres de pénétration, le doigt heurte une membrane tendue transversalement et qui affecte la forme d'une faucille dont le tranchant est tourné en avant, vers le vagin. »

« L'orifice que limite cette valvule touche en avant à la paroi antérieure du rectum, tandis que, en arrière, la membrane sténosante est séparée de la paroi postérieure par une distance de 6 millimètres environ. Il est elliptique, et si étroit qu'il admet tout au plus l'index, du moins au premier toucher rectal. Mais dès le troisième jour, après que nos chefs de clinique, nos internes et nous-même eussent examiné le malade, sous l'influence de cette dilatation digitale, la plus douce et la plus efficace de toutes, notre phalange franchit la sténose, puis le surlendemain ce fut le tour des deux phalanges et nous pûmes sentir la muqueuse de l'ampoule irrégulière, bosselée, soulevée par des saillies sans ulcération appréciable. D'ailleurs, après comme avant notre examen, continua à s'écouler le même liquide sanguinolent et purulent que nous avions observé dès l'entrée de la malade. Au bout de quatre jours de cette dilatation digitale, le rétrécissement avait diminué de moitié. Nous escomptions déjà un succès magnifique, lorsque notre patiente, très soulagée déjà, quitte brusquement l'hôpital. »

Observation X.

Rétrécissement congénital du rectum. — Communication faite à la *Société des Sciences Médicales de Gannat*, par le Dr PIQUAND (de Montluçon). *Le Centre Médical*, 1^{er} mars 1914.

« F. D..., bourrelier, âgé de 47 ans, nous est adressé avec le diagnostic de cancer du rectum. Il y a dix-huit mois, le malade a été atteint de constipation opiniâtre coupée de temps en temps par des débâcles diarrhéiques très abondantes. Depuis environ six mois les selles sont devenues beaucoup plus difficiles, constituées par des matières rubanées ou par de petites boules souvent tachées de sang. Dans l'intervalle des garde-robes, il y a des pertes constituées

par un liquide de couleur brunâtre et d'odeur très mauvaise. Le malade se plaint de douleurs vives, il a beaucoup maigri, et son teint est devenu jaune terreux ».

« A l'examen, nous trouvons au niveau de l'orifice anal quelques condylomes et de petites hémorroïdes ; en dépliant l'anus, nous apercevons en arrière un orifice étroit, très régulier, par lequel ne s'écoule aucun liquide. Un stylet introduit par cet orifice s'enfonce aisément et vient ressortir à la partie toute inférieure du rectum, immédiatement au-dessus de l'anus ».

« Le doigt enfoncé dans le rectum vient butter à deux centimètres et demi au-dessus de l'anus contre un obstacle formé par une sorte de valvule affectant la forme d'un crois-sant à concavité antérieure. L'extrémité de l'index franchit péniblement l'orifice de cette valvule, et sent au-dessus une masse irrégulière, végétante, de consistance dure, qui suinte et saigne abondamment sous le contact du doigt ».

« L'existence de cette valvule et le souvenir d'un malade observé l'an dernier dans le service du professeur Reclus nous font penser qu'il s'agit là d'un rétrécissement congénital du rectum compliqué d'accidents inflammatoires. Nous décidons de faire un examen plus complet sous anesthésie locale. Pour cela, nous enfonçons jusqu'au dessus de l'anus un tampon d'ouate imbibé d'une solution de novocaïne-adré-naline, et nous le laissons en place pendant cinq minutes; ceci fait, nous introduisons une petite sonde en caoutchouc que nous faisons pénétrer jusqu'au-dessus de l'orifice valvulaire, et par ce canal nous injectons une certaine quantité de novocaïne-adré-naline; nous terminons l'anesthésie en injectant à l'aide d'une longue aiguille une seringue de novocaïne dans l'épaisseur de la valvule ».

« Nous pouvons alors introduire le doigt profondément à travers l'orifice de la valvule qui se laisse facilement dilater, et nous sentons que toute la portion du rectum située au-dessus du rétrécissement valvulaire est tapissée par une

muqueuse très épaisse, hérissée de mamelons et de végétations, et présentant plusieurs ulcérations ».

« Ayant fait ces constatations, nous introduisons un bistouri boutonné en le glissant à plat le long de l'index introduit dans l'anus, puis, le redressant, nous sectionnons en trois points le rebord de la valvule, qui enserre notre doigt. Cette section se fait sans douleur et sans hémorragie ».

« Le lendemain, après avoir injecté à nouveau une certaine quantité de novocaïne-adréraline, nous pratiquons le toucher rectal, et constatons que le doigt pénètre sans difficulté par l'orifice valvulaire, et explore aisément les végétations et les ulcérations sus-jacentes ».

« Après avoir dilaté l'orifice avec le doigt, nous badigeonnons à la teinture d'iode dédoublée le rebord de la valvule et toute la région enflammée sus-jacente, puis nous faisons un grand lavage avec de l'eau tiède additionnée de tannin. Les jours suivants nous continuons la dilatation avec le doigt, puis avec les bougies de Hegar, faisant suivre chaque dilatation d'un badigeonnage à la teinture d'iode et d'un grand lavage ».

« Au bout de quinze jours, l'écoulement purulent avait complètement disparu, et les matières repris leur aspect normal. Le rétrécissement valvulaire ne faisait plus saillie, et ne laissait comme vestige qu'une zone légèrement indurée; les végétations et les ulcérations sus-jacentes avaient même beaucoup diminué. Nous pratiquons alors l'incision de la fistule située au-dessous du rétrécissement, et huit jours après le malade partait amélioré ».

« Nous l'avons revu à trois reprises, la dernière fois plus de trois mois après le traitement, et nous avons pu constater la disparition presque totale de toutes les lésions. On trouve seulement dans le rectum, à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'anus, deux ou trois petites saillies légèrement surélevées et de consistance assez dure. Les troubles fonctionnels ont complètement disparu ».

CONCLUSIONS

Nous adopterons pour ce travail, à peu de choses près, celles que M. le P^r Reclus a formulées lui-même :

1° Les rétrécissements du rectum sont congénitaux beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pense, et, pour nombre d'entre eux considérés encore comme rétrécissements acquis, leur origine dysembryoplastique peut être démontrée.

2° Leur pathogénie et leur évolution sont essentiellement différentes de celles des sténoses inflammatoires; leur étude clinique demande à être faite à part et à être développée dans les traités classiques.

3° Ils sont constitués par une duplicature de la muqueuse, à bord tranchant, qui affecte la forme d'un diaphragme, d'un croissant ou d'une bride.

4° Son siège ordinaire est à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'anus, à l'union des deux portions sphinctérienne et ampullaire du rectum. Cependant, ce siège, exceptionnellement plus bas, peut être reporté parfois à cinq, six, et même sept, huit centimètres au-dessus de l'anus.

5° Le rétrécissement est accompagné dans nombre de cas de fistules sèches présentant des caractères anatomiques et histologiques tout à fait spéciaux : ces fistules

reconnaissent, comme la lésion principale, une origine dysembryoplastique.

6° Les troubles fonctionnels n'apparaissent en général qu'après l'enfance et l'adolescence, dans le voisinage plus ou moins immédiat de la quarantaine.

7° La difficulté du diagnostic tient surtout aux complications inflammatoires qui déterminent des modifications du rétrécissement et de l'ampoule rectale.

8° Le traitement dans les cas simples comportera la dilatation par les bougies de Hegar, aidée ou non de la rectotomie. Dans les cas compliqués, on aura recours à la dilatation digitale et à la rectotomie avant d'employer la dilatation instrumentale; dans les deux cas, et grâce à une technique soigneuse, il s'oppose par sa bénignité et son efficacité à la gravité et à l'insuffisance notoires du traitement en usage pour les sténoses acquises.

9° Enfin, il paraît que, dans les cas comportant des complications anciennes et invétérées et des perturbations sérieuses de l'état général, il soit indiqué de faire un anus contre nature provisoire qui permettra d'améliorer l'état local et l'état général, et d'attendre cette amélioration pour intervenir sur le rectum; celui-ci remis en état, fermeture de l'anus artificiel.

Vu : le Président,
LEGUEU

Vu : Pour le Doyen, l'Assesseur,
G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

Coulommiers.
Imp. DESSAINT ET G^{ie}
